Należytość pocztowa gotówką uiszczona.
Nr 4. Rok LIX.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce K 3·— = 2·10 Marek, w nadesłanem K 4·— = 2·80 Mk., w tekscie K 5·— = 3·50 Mk.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— = Marek 42.

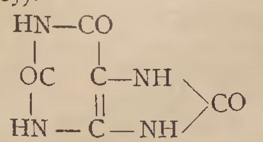
Jeden numer osobno kosztuje 5 K. = Marek 3·50.

Do Nru 4. załącza się zaproszenie do subskrypcyi »Tewuge«.

Nowa metoda oznaczania kwasu moczowego we krwi.

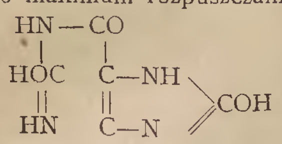
Podał Dr Aleksander Oszacki.

Kwas moczowy znajduje się we krwi w postaci soli jednozasadowej. Wynika to nietylko z warunków równowagi fizykochemicznej w stosunku jonów kwaśnych, względnie metalicznych i wodorotlenowych, jakie stwierdzono we krwi, ale także z faktu, że w tej postaci został kwas moczowy wyosobniony ze krwi. Ilości kwasu moczowego, znalezione we krwi, zwłaszcza w przypadkach chorobowych (dna w pewnych jej okresach, przewlekłe stany zapalne nerek, krupowe zapalenia płuc, białaczka, wreszcie w następstwie dłuższych naświetlań promieniami Röntgena) przewyższają niejednokrotnie maximum chemicznej rozpuszczalności krwi dla kwasu moczowego. Zgodnie z tem stwierdzono, że krew zawierająca tak wysokie odsetki moczanu sodu (aż do 0·05 gr na 100 cm³ surowicy) może jeszcze rozpuścić w sobie sztucznie dodane ilości kwasu moczowego, względnie jego kwaśnej soli sodowej. Wyjaśnienie dane przez Minkowskiego, że kwas moczowy podtrzymywany jest w rozczynie we krwi przez kwas nukleinowy, zostało odrzucone przez Brugscha. Utrzymują się jednak objaśnienia Gudzenta, Schadego i Bodena. Pierwszy z nich stwierdził, że kwas moczowy, a także jego kwaśna sól sodowa może występować jako postać laktamowa chwiejna, ale łatwiej rozpuszczalna, (maximum rozpuszczalności 18 mg. na 100 cm³ surowicy):



$C_5H_4N_4O_3$

Albo też jako postać laktimowa trwała, trudniej rozpuszczalna, bo maximum rozpuszczalności 8 mg. na 100 cm³:



$C_5H_4N_4O_3$

Obie te postacie zostały we krwi przez Gudzenta wykazane. Ich wzajemny stosunek ilościowy zależy od warunków równowagi.

Badania Gudzenta nie wyjaśniły jeszcze faktu, że we krwi spotykamy jednak większe koncentracye, niżby one odpowiadały postaci laktamowej. Schade i Baden udowodnili co do kwasu moczowego, co zresztą już teoretycznie mogło być prawdopodobne, że prócz rozczynów prawdziwych, tworzy on i jego sole rozczyny koloidalne (pozorne). W tych warunkach tłomaczyłaby się zmienność ale i nieograniczoność rozpuszczalności ciała tego we krwi. Dla dalszej treści ważne jest tylko, że rozczyny koloidalne z elektrolitycznych tworzą się szczególnie łatwo w chwili, gdy rozczyn elektrolityczny dochodzi do kresu swej rozpuszczalności, czyli gdy kwas moczowy lub jego sole mają wypadać z rozczynu.

Chcąc opracować metodę oznaczenia kwasu moczowego we krwi, trzeba się liczyć ze szczególnymi warunkami rozpuszczalności; z obecnością rozczynów rzeczywistych ale nasyconych i rozczynów koloidalnych. Pierwsze z nich odznaczają się wielką skłonnością do wypadania, drugie do adsorbcyi przez inne koloidy, zwłaszcza o ile te ostatnie znajdują się w tym samym rozczynie w zwiększonej ilości. W chwili wytrącania tego koloidu mogą łatwo być adsorbowane i porwane z rozczynu. Takim koloidem jest w surowicy białko.

Znajduje się ono w surowicy w ilości niemal 2000 razy większej, niż kwas moczowy. Oznaczenie kwasu moczowego, tak jak i wszelkich innych ciał niebiałkowych we krwi, musi być poprzedzone jego oddzieleniem od białka. Oddzielenie musi być ilościowe, bo nawet małe zanieczyszczenia ciałami białkowemi mogą istotnie zmieniać wyniki oznaczenia.

Sposób odbiałczania surowicy, względnie osocza zapomocą octanu uranylowego podałem już poprzednio (Zeitschr. f. klin. Med. T. 77, zesz. 1). Tamże wykazałem zapomocą frakcyonowania azotu, że wszystkie ciała, zawierające azot, a nie będące białkiem, przechodzą po wytrąceniu białka do przesączu otrzymanego od strątu białkowo-uranylowego. Zastosowalność odbiałczania dla jakościowego wykrycia kwasu moczowego we krwi stwierdziłem w następnej publikacyi (Deut. m. Woch. 1913, 24). Stosunki wojenne nie pozwoliły wcześniej opublikować wyników dalszej mej pracy nad opracowaniem metody ilościowego wykazania (oznaczenia) kwasu moczowego we krwi.

Całość postępowania rozpada się na 3 części: 1) oddzielenie kwasu moczowego od białka surowicy i przeprowadzenie go do roztworu; 2) oddzielenie kwasu moczowego od wszystkich innych ciał zawartych w surowicy poza białkiem (jest to reszta azotowa i cukier krwi) i 3) oznaczenie kwasu moczowego. Potrzebne rozczyny: do pierwszej części $1^1/_2$% rozczynu octanu uranylowego, nie zrobiony dawniej niż przed kilku tygodniami; $\frac{n}{2}$ rozczyn NaOH i $\frac{n}{2}$ rozczyn kwasu octowego.

Postępowanie jest następujące: 20—50 cm³ surowicy (lub osocza) rozcieńcza się do czterokrotnej, dziesięciokrotnej lub czternastokrotnej objętości wodą przekroploną. Im oznaczenie ma być dokładniejsze, tem rozcieńczenie większe, o ile znów zależy na czasie, a dokładność nie musi być zbyt wielka (n. p. dla celów klinicznych), to można rozcieńczać mniej, aby potem odparowywanie krócej trwało. Po dokładnem rozmieszaniu surowicy z wodą dodaje się taką samą ilość rozczynu $1^1/_2$% octanu uranylowego, jaką wzięto surowicy. Jeżeli użyto do opracowania osocza, to trzeba dodać około 10% więcej rozczynu uranylu. Zawsze jednak całość tej kombinacyi surowicy, wody i *ou* (oct. uranyl. = *ou*) powinna być wielokrotnością (5—10—15-krotną) ilości wziętej surowicy. Najpraktyczniej posługiwać się miarowemi kolbkami na 200, 300 i 500 cm³. Do takiej kolbki wlewa się ilość surowicy, przeznaczonej do oznaczenia i dokładnie oznaczonej objętościowo, n. p. 20, 30 lub 50 cm³. Naczynie, w którem surowicę odmierzono (cylinderek lub pipetę) spłukuje się do kolbki dowolną ilością wody, n. p. kilkudziesięcioma cm³ i dolewa się jeszcze wody przekroplonej do kolbki w ilości mniej więcej kilkakrotnej (jeżeli n. p. surowicy było 30 cm³, to można spokojnie »na oko« rozcieńczyć ją w kolbce 5—8-krotnie). Teraz dolewa się powoli tyle odmierzonego rozczynu *ou*, ile było surowicy i dopełnia się wodą do kreski, oznaczającej w kolbce jej miarę. Po zakorkowaniu kolbki i zmieszaniu można natychmiast sączyć. Wygodniej i dokładniej jest sączyć na »nuczy« pod lekkiem ciśnieniem ssącem (pompa wodna). W tym wypadku należy zawsze używać sączków twardych, szwedzkich. W braku urządzeń można sączyć na sączku zwyczajnym, składanym. Osadu na sączku nie należy nigdy przepłukiwać ani wodą, ani rozcieńczonym *ou*.

Skoro przesącz został dokładnie w całości odsączony, co zwłaszcza na nuczy idzie nader szybko, przelewa się go w całości do kubka szklanego o dość szerokim przekroju, spłukując pozostałość małemi ilościami wody. Cały przesącz poddaje się odparowaniu na łaźni wodnej. W czasie odparowywania przesączu (przesącz I) poddaje się opracowaniu strąt białkowo-uranylowy, otrzymany na sączku. O ile sączenie odbywało się na sączku twardym, to całą półtwardą masę strątu oddzielamy z łatwością i dolewamy ją do naczynia, zawierającego znowu 5—10—15-krotną ilość wody (w porównaniu do ilości surowicy). Zapomocą pręcika szklanego rozprowadzamy strąt we wodzie. O ile sączono na sączku składanym, to najlepiej cały sączek wraz z papierem pokrajać nożyczkami i wrzucić go do wody. Następnie podgrzewając dodaje się kroplami półnormalnego ługu, aż się cała ta masa rozpuści. Octan uranylowy nie strąca się przytem, a cała masa strątu octanu uranylowego przechodzi do rozczynu. Papier miękkiego sączka rozpuszcza się przytem częściowo lub całkowicie. Z chwilą gdy cały ten rozczyn dochodzi do wrzenia, odstawia się płomień i zaprawia $\frac{n}{2}$ kwasem octowym aż do wystąpienia pierwszych śladów kwaśnego odczynu wobec papierka lakmusowego. W czasie zakwaszania kłębiasty osad białczanu wypada z rozczynu. Gdy to się stało, przesączamy na gorąco znów najlepiej na nuczy. Przesącz (przesącz II) taksamo jak i pierwszy nie powinien zawierać nawet śladu białka —, nie daje też zwykle odczynu grupy uranylowej z żelazosinkiem potasu. Obecność małych ilości uranylu w przesączu I lub II nie przeszkadza oznaczeniu kwasu moczowego. Przesącz II dolewa się do I i odparowuje razem do ilości około 50—100 cm³ zależnie od ilości surowicy, z jakiej się wyszło.

Okres II postępowania, to zn. oddzielenie kwasu moczowego od innych ciał nie białkowych, względnie jego wyosobnienie może się odbywać na różne sposoby, już to przez przeprowadzenie go na sole amonowo-srebrowe (Ludwig-Salkowski), już to jako związek z tlenkiem miedziowym (Krüge-Schmidt), już to wreszcie jako sól amonową (Hopkins i Folin-Schäfer). Dla dokładnie ilościowych celów najlepiej nadaje się strącenie kwasu moczowego jako sól amonowo-srebrową. W tym celu dodaje się do przesączu I + II zagęszczonego do objętości 50—100 cm³ 5 cm³ mieszanki magnezyowej po uprzedniem zalkalizowaniu przesączu małą ilością amoniaku. (Mieszanka

magnezyowa jestto rozczyn 100 gr. krystalicznego chlorku magnezowego i chlorku amonowego w litrze wody. Przed dopełnieniem do litra dodaje się amoniaku aż do wystąpienia silnej woni). Następnie dodaje się 10% rozczynu chlorku srebra aż do wystąpienia obfitego strątu od chlorku srebra (Bass-Wiechowski). Powstały osad osącza się na małym sączku i przepłukuje zlekka rozcieńczonym amoniakalnym rozczynem srebra. (Dla otrzymania amoniakalnego rozczynu srebra rozpuszcza się 26 gr. azotanu srebra w dosyć silnym amoniaku i dopełnia wodą do objętości litra). Po przepłukaniu zestrzykuje się strąt kwasu moczowego ze sączka z powrotem do naczynia, w którem się odparowywało, podgrzewa do wrzenia, nasyca siarkowodorem aż do wytrącenia całego siarczku srebra, potem jeszcze gotuje kilka minut (po odstawieniu siarkowodoru) i sączy na gorąco do naczyńka o ścianach prostych.* Osad spłukuje się gorącą wodą. Przesącz zakwasza się paroma kroplami stężonego HCl i odparowuje do objętości paru cm³. Po jakimś czasie otrzymuje się kryształki kwasu moczowego samego lub z domieszką kryształków innych ciał purynowych.

Część III, więc oznaczenie już wyosobnionego kwasu moczowego, może się odbywać różnymi sposobami. Oznaczenie wagowe jest najmniej wskazane. Najdokładniejszy sposób, to spalenie całego osadu w aparacie Kjeldahla. Otrzymana ilość azotu, pomnożona przez 3, daje ilość wyosobnionego kwasu moczowego.

Dla celów klinicznych wskazane jest uproszczenie oznaczenia kwasu moczowego przez zastosowanie nieco zmodyfikowanej metody Folina-Schäfera dla moczu. Do zagęszczonego przesączu I i II dodaje się parę kropli $\frac{n}{2}$ kwasu octowego i dolewa taką samą ilość rozczynu siarczanu amonowego (500 gr. siarczanu na litr wody) i zaprawia paroma cm³ amoniaku. Po 24 godzinach odsącza się osad moczanu amonowego (ciała purynowe zostają w rozczynie) i nie przepłukując zestrzykuje ze sączka do kubka. Zestrzyknięty osad rozprowadza się w 50 cm³ wody i dodaje 10 cm³ stężonego kwasu siarkowego, kwas moczowy przechodzi do rozczynu, a cały płyn zagrzewa się przytem. Gorący rozczyn miareczkuje się $\frac{n}{50}$ rozczynem nadmanganianu potasu. W czasie miareczkowania ciepłota płynu nie może spaść poniżej 50° C. W przeciwnym razie trzeba podgrzewać. 1 cm³ $KMnO_4$ odpowiada 1·5 mg. kwasu moczowego.

Opisawszy samą metodę, chciałbym jeszcze umotywować podany w niej sposób postępowania i krytycznie ją zanalizować. Że przesącz od strątu białkowo-uranylowego surowicy krwi ludzkiej zawiera kwas moczowy, o tem doniosłem we wspomnianej już wyżej publikacyi (D. m. W. 1913, 24). Dalsze badania przekonały mnie, że kwas moczowy da się jakościowo w każdej surowicy ludzkiej odbiałczonej *ou* wykazać. Potwierdził to później Frank z kliniki Minkowskiego (P. Ber. d. deutsch. Kongr. f. inn. Mediz. 1913). Dla jakościowego wykazania kwasu moczowego wystarczy mieć nawet 10 cm³ surowicy, a w przypadkach nadmiernej urikemii (Brugsch) nawet 5 cm³. W tej samej publikacyi podałem wynik przeprowadzonych dwóch oznaczeń kwasu moczowego w samym tylko przesączu u dwóch chorych, u których klinicznie stwierdzono dnę. U pierwszego z nich znalazłem 0,0076 gr. kwasu moczowego, u drugiego 0,0049. Oznaczenia dokonano w przesączu uranylowym po wytrąceniu kw. m. w postaci magnezyowo-srebrowej i spaleniu sposobem Kjeldahla. Kwas moczowy dawał się zawsze jako taki zidentyfikować przez cechy kryształków (we krwi zawsze małych, białych i niezanieczyszczonych w przeciwstawieniu do moczu, gdzie są one zawsze żółte, duże i wyraźnie zanieczyszczone) i przez odczyn mureksydowy. Celem dalszego wypróbowania metody przeprowadziłem oznaczenia jeszcze w 10 dalszych przypadkach, wychodząc zawsze z 50 cm³ surowicy. Z tych dwa wykazują zwiększoną resztę azotową (RN).

	Rozpoznanie	RN	K. M.
1.	Nephritis chron. interstit.	0,0957	0,0096
2.	» » »	0,112	0,0106
3.	Icterus catarrhalis		0,0007
4.	Apicitis ambil.		0,0042
5.	Apicitis dextra		0,0031
6.	Cirrhosis hepatis		0,0044
7.	Cirrhosis hepat. c. ictero		0,0059
8.	Ca ventric.		0,0088
9.	Lymphaden. gland. retroperiton.		0,0083

Najbliższe pytanie do rozstrzygnięcia było, czy otrzymane ilości kwasu moczowego odpowiadają *całej* zawartości kwasu moczowego w surowicy, inaczej mówiąc, czy pewna jego część nie ginie. Dla rozstrzygnięcia pobrałem u dwu chorych z niedomogą krążenia większe ilości krwi, z których otrzymałem 150 cm³ surowicy. W 50 cm³ tej surowicy przeprowadziłem oznaczenie w przesączu odbiałczonym uranylem, a do 100 cm³ dodałem jeszcze 0.0047 gr. kwasu moczowego. Dla dokładnego rozpuszczenia wstawiłem na godzinę surowicę wraz z dodanym kwasem moczowym do cieplarki, mieszając często. Te 100 cm³ surowicy przepołowiłem i przeprowadziłem w obu porcyach 50 cm³ oznaczenie kwasu moczowego. Wynik był następujący: U pierwszego chorego:

I. W 50 cm³ surowicy samej było 50: 0,0039% kw. m., czyli że surowica z dodanym kwasem moczowym powinna była zawierać: 0,0086% kwasu moczowego. Z tego 50 cm³ powinnoby zawierać: 0,0043. Tymczasem oznaczenia wykazały 0,0034 (21% straty) i 0,0037 (14% straty), czyli że w pierwszym przypadku 14—21% kwasu moczowego podlegałoby stracie. W przypadku drugim podobnie opracowanym straty wynoszą 18—24%. A mianowicie:

II. W 30 cm³ surowicy samej: 0,0028% km. Dodano do 100 cm³ tej samej surowicy 0,0039, to znaczy, że surowica zawiera: 0,0028+0,0039=0,0067% k. m. A więc 50 cm³ powinnoby zawierać $\frac{0,0067}{2} = 0,0033$. Znaleziono w I 0,0025 (24% strat), w II 0,0027 (18%). Oczywiście zestawienie to daje wyobrażenie tylko o minimum strat. Przyjmuje się przytem liczby otrzymane dla kwasu moczowego w surowicy samej za realne, chociaż i one są w rzeczywistości prawdopodobnie wyższe. Wspomniane we wstępie uwagi o warunkach rozpuszczalności kwasu moczowego we krwi i o jego stosunku do białka doprowadzają łatwo do wniosku, że to samo strącanie kwasu moczowego jest prawdopodobnie przyczyną strat. Aby straty te możliwie zmniejszyć, postanowiłem w podany wyżej sposób opracować strąt białkowo-uranylowy powtórnie. Polega ono na przeprowadzeniu go do rozczynu i ponownem wytrąceniu w warunkach możliwie dobrej rozpuszczalności dla kwasu moczowego (wysoka ciepłota, odczyn obojętny, a nawet przez jakiś czas zasadowy). Straty w k. m. mogą być wywołane w pierwszym rzędzie skutkiem adsorbcyi przez inne kolloidy zwłaszcza białko. Siła adsorbcyi zależy od koncentracyi kolloidów i od ich ładunków elektrycznych. Ponieważ białko surowicy znajduje się w ilości bez porównania większej, aniżeli kwas moczowy, to gdyby nawet cała jego ilość przeszła w skupienie koloidalne, bardzo jest prawdopodobne, że w chwili wytrącania białka strąt jego porywa ze sobą pewną część kwasu moczowego. Przedewszystkiem tę, która przeszła w postać koloidalną. Podane poniżej zestawienia wskazują, że straty k. m. w ten sposób powstałe dają się częściowo odzyskać metodą na początku tej pracy omówioną.

	Rozpoznanie	Przesącz I	Przesącz I + II	Zysk %
1.	Cirrhosis hepat.	0,0054	0,0059	9,3%
2.	Nephr. interstit.	0,0096	0,0108	11,1%
3.	Adynamia cordis	0,0084	0,0092	8%
4.	Diathesis urica	0,0127	0,0139	8,8%
5.	Ulcus ventric.	0,0051	0,0054	5,5%
6.	Vitium cordis	0,0058	0,0062	8%

Z zestawienia widać, że straty odzyskane wynoszą 5,5—11,1%. Przeważnie im ilości kwasu moczowego większe, tem i straty większe. W oznaczeniach dla celów ważniejszych trzeba oczywiście przeprowadzić oznaczenie w obu przesączach, w oznaczeniach oryentacyjnych wystarczy oznaczyć tylko w przesączu I, licząc się odrazu ze stratą około 20—30%.

Encephalitis lethargica et choreiformis

przez kap. lek. **Dr E. Artwińskiego.**

Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Krakowie dnia 24. III. 1920 r. z demonstracyami chorych.

Z kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniwersytetu Jagiell. (Dyrektor Prof. Dr Jan Piltz) i szpitala wojskowego Nr 1. oddział II. w Krakowie (dowódca maj. lek. Dr Bronisław Hackbeil, lekarz naczelny oddziału kap. lek. Dr Marcin Zieliński).

Od drugiej połowy lutego spostrzegaliśmy coraz to częściej zespoły objawów, które najbliższe są zespołom ujętym pod nazwą »encephalitis lethargica« i »encephalitis choreiformis«.

Podejmując powyższy temat, zdaję sobie dokładnie sprawę z trudności, wiążących się z nim, i jedynie dająca się odczuć potrzeba i chęć wzbudzenia dyskusyi skłania mnie do tego. Na wstępie też chciałem podnieść, że jeżeli chodzi o mniej znane cierpienie, to trudno jest mówić o jakiejś wyraźnie odgraniczonej jednostce chorobowej, a już z natury rzeczy wypada się ograniczyć do fragmentarycznego ujęcia tematu. I tak w naszym wypadku będę mówić nie o jednostce chorobowej, bo brak jeszcze w tym kierunku podstaw, ale o pewnych klinicznie ustalonych zespołach objawów. Dalsze badanie bakteryologiczne, serologiczne i anatomo-patologiczne wesprze może obserwacye kliniczne i umożliwi powiązanie dotychczasowych zespołów chorobowych w jednostkę lub jednostki kliniczne.

Z publikacyi naukowych mamy wiadomości, że przypadki, które u nas wystąpiły obecnie, mnożyły się w Wiedniu od grudnia 1916 r.

Economo w swoim odczycie z kwietnia 1917 r. zwraca uwagę, że w czasie epidemii grypy w 1890 r. liczne były przypadki encephalitis ze śpiączką, które wówczas opisano pod nazwą »Nona«. Objawy kliniczne, spostrzegane przez Economo w Wiedniu w r. 1917, są łudząco podobne do tych, które w dalszym ciągu przedstawię. Economo twierdzi jednak, że powyższa epidemia nie jest w związku etyologicznym ani z grypą, ani z chorobą Heine- Medinowską.

Etyologiczną lukę twierdzenia Economo uzupełnił Wiesner swoim komunikatem na posiedzeniu z 10. lipca 1917 r. wiedeńskiego Towarzystwa neurologów i psychiatrów, w którym donosi, że wstrzykiwał brejowatą zawiesinę z mózgu i rdzenia osoby zmarłej na »encephalitis lethargica« małpie pod oponę twardą i już po kilku godzinach stwierdził u niej wybitną senność i ociężałość, podobną do tej, jaka występuje u tych chorych. Zwierzę stale zasypiało; jeżeli było budzone, walczyło wyraźnie ze snem. W 46 godzin po wstrzyknięciu nastąpiła śmierć. Sekcya wykazała obraz ciężkiego wybroczynowego zapalenia mózgu (encephalitis haemorrhagica), szczególnie w obrębie substancyi korowej szarej w jądrach pnia mózgowego, rdzeniu przedłużonym i przekrwienie opon. Druga małpa, szczepiona przesączem tejże zawiesiny wolnej od bakteryi, wyszła cało, z czego wnosi Wiesner, że przyczyną choroby nie są jady (Gift), ale drobnoustroje. Hodowla zarówno u człowieka, jak i u małpy, wypadła dodatnio. Powiodło się Wiesnerowi wyhodować gramododatniego ziarenkowca, stojącego morfologicznie i biologicznie między dwoinką lancetowatą i paciorkowcem; wyhodowany ziarenkowiec wyróżnia się zarówno przez swoją dążność do zwyrodnienia i rozpadu, jak i przez swój polimorfizm. W ogniskach zapalnych nie udało się go znaleść ani u człowieka, ani u małpy. Trzecia małpa, podobnie szczepiona jak pierwsza, miała przebieg choroby lżejszy, ale podobny do pierwszej. Po 12 dniach małpę tę zabito, a sekcya wykazała krwotoki, głównie w rdzeniu przedłużonym. Wiesner klasyfikuje sprawę jako zapalenie mózgu i rdzenia oraz opon (meningoencephalomyelitis).

W dalszym ciągu swego referatu Wiesner zwraca uwagę, że w przypadkach często występującej skazy krwotocznej udało mu się wyhodować podobnego ziarenkowca (diplostreptococcus), jak przy »encephalitis lethargica«. Szczepienie na króliku wywołało skazę krwotoczną. Za związkiem między »encephalitis lethargica« i skazą krwotoczną ma przemawiać jeszcze i to, że w dwóch przypadkach encephalitis spostrzegał Wiesner skazę krwotoczną.

Takby się przedstawiała według szkoły wiedeńskiej etyologia »encephalitis lethargica«. Sąd o tem pozostawiam bakteryologom i przechodzę do części klinicznej mojego odczytu.

Kliniczne ugrupowanie tych zespołów jest bardzo trudne, gdyż spotykamy tu wielkie bogactwo i różnorodność postaci, co zależy od różnorodnego usadowienia w obrębie układu nerwowego, a że na razie nie posiadamy jeszcze mózgów histologicznie zbadanych, muszę się obecnie ograniczyć jedynie do opisania zespołów obecnej krakowskiej epidemii.

Zacznę od przypadków analogicznych z opisanymi i sekcyonowanymi przez Economo.

Ze względu na brak miejsca ograniczam się tu jedynie do dwu przykładów kazuistycznych.

Przypadek I. K. J., 35 lat. Około 10. II. wystąpiły, jako zwiastuny, uderzenia krwi do głowy, nadmierne pocenie się twarzy. — 12. II. ciepłota podniesiona przez 4 dni, sięgająca najwyżej 37° C. Stan lekkiego podniecenia i przygnębienia, drażliwości, chory silniej gestykulował niż zwykle. Brak apetytu. W nocy mówił chory przez sen, najczęściej o swojej pracy dziennej. W kilku pierwszych dniach kilkakrotne szarpanie mięśni brzusznych po stronie lewej. Równocześnie z gorączką silne zawroty głowy. — Mniej więcej od 16. II. wybitna senność. — 20. II. cierpnienie lewej połowy języka, równocześnie też zjawia się utrudnienie ruchów w lewej połowie twarzy. Przy chodzeniu uczucie ciągnienia w lewą stronę. — 10. III. przyjęty na oddział II. szpitala I.

Badanie wykazuje: Bolesność opukowa potylicy po stronie lewej. Drżenie gałek ocznych przy patrzeniu w lewo. Oddziaływanie źrenic na światło mało wydatne. Lewa źrenica zniekształcona. Porażenie wszystkich 3 gałęzi nerwu twarzowego (ustnego najwyraźniejsze). Analgezya lewej połowy twarzy. Odruchy równe T. 84, lekki stan podgorączkowy. Chory chodzi po mieście, ale stale senny. Odczyn Wassermanna ujemny. — 15. III. Poprawa.

Przypadek II, T. S., 22 lat. W połowie lutego 1920 ból głowy, gorączka 38°. Pierwsze 2 tygodnie bezsenność (chory mówił przez sen i mówili mu koledzy, że w nocy miewał jakieś drgawki całego ciała). W trzecim tygodniu choroby występuje sen i porażenie w obrębie twarzy. Nakłucie lędźwiowe: ciśnienie wzmożone. — 26. II. Przyjęty na oddział II. szpitala I.

Badanie wykazuje: Lewa źrenica > pr. Na światło oddziałują źrenice prawidłowo, na akomodacyę prawie nie oddziałują. Porażenie obu nerwów odwodzących oko. Porażenie wszystkich 3 gałęzi nerwu twarzowego prawego. Słabsze porażenie lewego n. twarzowego. Chory senny. Na sali chorych stale śpi, do jedzenia trzeba go budzić. — 15. III. Mniej senny. W obrębie mięśni porażonych poprawa.

Streszczając powyższe przypadki, możemy podobnie, jak Orzechowski, podkreślić zmienność i wielopostaciowość występujących objawów. Ze względu jednak na tę zmienność objawów uważamy, że pewien schematyzm może ułatwić oryentacyę wśród tej różnorodności i zmienności. I tak praktycznie może będzie podzielić przebieg tej choroby na trzy okresy, we wszystkich powyższych przypadkach istotnie mniej lub więcej wyraźnie zaznaczone.

I. okres, to okres zwiastunów: występują zmienne bóle głowy, silne zawroty głowy, widzenie »jak przez mgłę«, uderzenia krwi do głowy, nadmierne pocenie się na twarzy. Często zatwardzenie. Wymioty, szum w uszach. Ciepłota w naszych przypadkach zachowywała się bardzo zmiennie, przeważnie jednak waha się około 38°. Są jednak przypadki, gdzie ciepłota nie przekroczyła stanów podgorączkowych.

II. okres — to okres podniecenia psychoruchowego, występującego z bardzo dużemi wahaniami w nasileniu. I tak w przypadku pierwszym chodzi o człowieka inteligentnego — duża zdolność samoobserwacyi — który podaje, że w tym okresie silniej gestykulował, niż zwykle, był silnie rozdrażniony i przygnębiony, miewał też wprawdzie rzadko występujące zrywania w mięśniach brzucha. Jako objaw najstalszy tego okresu zjawia się bezsenność lub gorszy sen, zaburzenia snu, na które skarżyli się wszyscy nasi chorzy. Inny chory opowiada o ruchach mimowolnych, tak silnych, że musieli go krępować. Kilkakrotnie spotykaliśmy przemijające 2—3 dni trwające podwójne widzenie. Często chorzy ci mówią dużo przez sen i opowiadają też o ruchach mimowolnych, które ich budziły ze snu, a w dzień nie występują. Stan podniecenia dochodzi czasem do obrazu bredzenia (delirium). Okres ten, zdaje się, może trwać różnie długo, od kilku dni do kilku tygodni.

III. okres, to okres mniej lub więcej silnie zaznaczonej senności i już wyraźnie występujących porażeń w obrębie nerwów czaszkowych. Sen znowu jest rozmaicie głęboki i waha się między snem bardzo twardym, z którego tylko z trudem udaje się tych chorych zbudzić, poczem znowu ponownie bardzo szybko zasypiają, a pewną tylko sennością, w której chorzy nie śpią wprawdzie, ale nie są jednak zdolni do swojej codziennej pracy, skarżą się na utrudnienie w skupieniu myśli, na niezdolność do najprostszego umysłowego wysiłku. Chorzy bardzo senni przy badaniu psychicznem nie wykazują żadnych zaburzeń prócz ogólnego zahamowania wszystkich funkcyj umysłowych. W tym też okresie, jak powiedziałem, mogą wyraźnie występować porażenia nerwów mózgowych, z których najczęściej spotykaliśmy porażenia nerwów twarzowych (w jednym przypadku było porażenie obu nerwów twarzowych), odwodzących oko, z zaburzeniami czucia w zakresie nerwu trójdzielnego, przeważnie jednostronnie i bardzo często porażenie nerwu okoruchowego, wreszcie zaburzenia chodu o charakterze móżdżkowym, przyczem przeważnie spotykaliśmy tylko jednostronne porażenia po stronie prawej lub lewej. W tym okresie widzieliśmy dwukrotnie objawy oponowe. Na szczególną uwagę zasługują bardzo częste zaburzenia źrenic, zwolnienie i ograniczenie oddziaływania na światło, aż do zupełnego zniesienia, zaburzenia akomodacyi, częsta nierówność i zniekształcenie źrenic. Wreszcie w przypadku z zejściem śmiertelnem spostrzegaliśmy objaw »pływania gałek ocznych« i objaw robaczkowatych ruchów źrenic, dostrzeżony w tym przypadku przez prof. Piltza, a spostrzegany już poprzednio przez niego przy zapaleniu opon mózgowych (dno oka bez zmian lub też nieznaczne czynne przekrwienie).

Trzeci okres jest najdłuższy; ma trwać podobno od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Jest on najcharakterystyczniejszy przez swoje objawy, przysłania sobą poprzednie nietylko dla chorego, ale i dla lekarza. W naszych przypadkach niejednokrotnie żmudne wywiady, przeprowadzane wspólnie z Dr M. Zielińskim, pozwoliły na wyłowienie szczegółów pierwszych 2 okresów. Nic dziwnego więc, że od objawów tego okresu powstała i nazwa dla całej choroby: »encephalitis lethargica«, jakkolwiek widzieliśmy, że są przypadki, gdzie o śnie w znaczeniu snu letargicznego mowy niema.

Zdaję sobie sprawę ze sztuczności tego schematu, gdyż niema tu nigdy rzeczywiście granic wyraźnych między okresami i raz jeszcze podkreślam, że budujemy ten schemat w celu ułatwienia oryentacyi w obfitej różnorodności szczegółów.

Ponieważ nie mamy jeszcze swoich preparatów, cytuję obrazy anatomiczne, oczywiście z wszelkiemi zastrzeżeniami, z analogicznych przypadków Economo. Stwierdził on w 2 sekcyonowanych przypadkach przekrwienie i obrzęk mózgu, krwawe wybroczyny w rdzeniu przedłużonym i rdzeniu i podał rozpoznanie anatomopatologiczne: »polioencephalomyelitis«. Mikroskopowo: nacieki limfocytów około naczyń, a szczególnie w okolicy wodociągu Sylwiusza, w niektórych miejscach wysięk komórek wielojądrzastych. Wszędzie substancya szara wyraźniej zajęta, niż biała. W obrębie rdzenia i kory mózgowej małe ogniska zapalne. W jednym preparacie ziarenkowce.

Badanie płynu mózgowordzeniowego wykazało wzmożenie ciśnienia, odczyn Nonne-Apelta ujemny, w niektórych przypadkach pleocytoza z przewagą wielojądrzastych nad jednojądrzastymi.

Wyniki badania naszej kliniki (Dr Sikorska): w 12 badanych przypadkach wszędzie wystąpił mniej lub więcej dodatni odczyn Nonne-Apelta i wzmożone ciśnienie. W 8 przypadkach nieznaczne powiększenie ilości białka do 0,06. W 4 przypadkach lekka pleocytoza do 10 ciałek w 1 mm. W 5 przypadkach wzmożona ilość cukru.

Przechodzimy do analizy drugiego zespołu objawów, który na podstawie obserwacyi epidemii lwowskiej według prof. Orzechowskiego ma być obrazem częściej spotykanym od pierwszego.

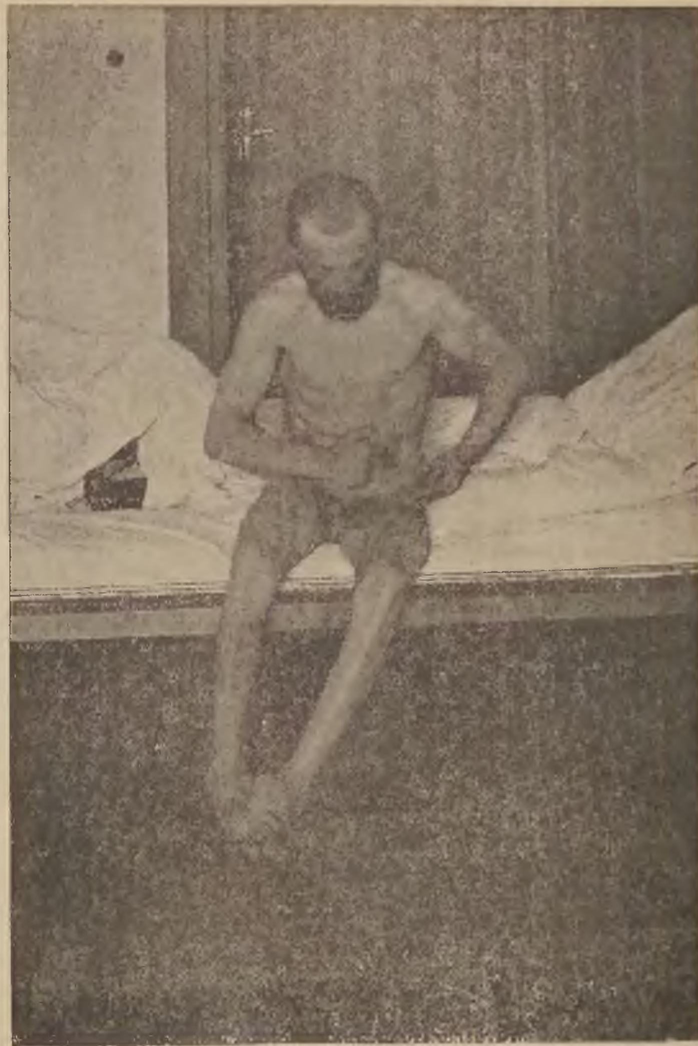
Podobnie, jak poprzednio, dzielimy znowu na trzy okresy.

Okres I. Objawy na ogół podobne do objawów pierwszego zespołu.

Okres II. W obrazie przeważają ruchy, łudząco podobne do pląsawiczych, lub też różniące się od pląsawiczych powolniejszem tempem, pewną skłonnością do powtarzania się i stosunkowo dłuższemi przerwami między poszczególnymi ruchami, niż przy pląsawicy. I tutaj znowu wielkie wahania od stosunkowo lekkiego nasilenia aż do nadzwyczajnie silnych stanów podniecenia, »obłędu ruchowego«. Psychicznie zmienne i o różnem nasileniu stany zamroczenia, przechodzące w niektórych przypadkach w niezmiernie charakterystyczne obrazy bredzeń (delirium), wybitnie zawodowych, nocą występujących silniej, niż w ciągu dnia. W obrębie ruchów mimowolnych na szczególne wyróżnienie zasługują ruchy w obrębie przepony i mięśni brzucha, czasami jednostronne i dające się wywołać już przez lekkie uderzenie w powłoki brzuszne. Ruchy mimowolne w mięśniach brzucha spostrzegał i prof. Orzechowski, a szkoła wiedeńska przypisuje im dużą rolę dla rozpoznania różniczkowego tych stanów. Chorzy ci mówią »o niepokoju w brzuchu«, czasami skarżą się też na silne bole mięśniowe w pasie.

Prócz ruchów pląsawiczych spotykamy tu ruchy mimowolne, polegające naprzykład na stale powtarzających się synchronicznych skurczach w zakresie łokciowego prostownika nadgarstka (m. tensor carpi ulnaris) i łokciowego zginacza nadgarstka (m. flexor carpi ulnaris), przy równoczesnej niemożności używania czynnego danej ręki, lub u innego chorego nagłe silne bardzo skurcze i rozkurcze w stawie łokciowym, tak silne, że chory kilkakrotnie zadrapał sobie twarz, ruchy, których chory nie może opanować, a które przy próbie badania skurczów dają opór prawie nie do pokonania. U tego samego chorego spostrzegaliśmy już w okresie uspokojenia ruchy dłoni zgiętej w pięść, podobne do ruchów przy drżączce porażnej (paralysis agitans), z którymi mają jeszcze i tę cechę wspólną, że przy ruchach zamierzonych na krótką chwilę zmniejszają się. Przy chodzeniu chory ten wykonywał stały wahadłowy ruch tą ręką. Odnieśliśmy wrażenie, że przez zwrócenie uwagi i afekty — ruchy te potęgują się.

Ten sam chory, idąc, chwilami wyrzucał kilkakrotnie wyprostowaną nogę tam i z powrotem. W obrębie nogi stan bardzo silnego napięcia mięśniowego i stałe ustawienie stopy w położeniu stopy szpotawej (pes varus). (ryc. 1). Ruchy te, polegające



Ryc. 1.

na skurczach antagonistów i synergistów, mogą chwilami sprawiać wrażenie jakby ruchów celowych i różnią się, jak widzieliśmy, zasadniczo od ruchów pląsawiczych lub też podobnych do pląsawiczych. W czasie snu ruchy znikały.

W tym okresie spostrzegaliśmy też porażenia w zakresie nerwów mózgowych, ale nigdy nie były one tak silnie zaznaczone, jak przy poprzednim zespole (encephalitis lethargica).

Stan ten przebiega nieraz z tak silną bezsennością, że morfina nawet w wysokich dawkach nie działa. Czas trwania tego okresu, podobnie jak i nasilenie ruchów, bywa bardzo zmienne i jak na podstawie naszych dotychczasowych spostrzeżeń możemy sądzić, trwa od tygodnia do 4 tygodni.

Kilkakrotnie musieliśmy w tym okresie mocz wypuszczać cewnikiem.

Jak nasze spostrzeżenia kliniczne wykazały, okres ten przebiega z ciepłotą podgorączkową lub dochodzącą do 39° C.

Wreszcie bez wyraźnej granicy ruchy stają się coraz to powolniejsze i choroba powoli przechodzi w okres trzeci, śpiączki, nie tak wyraźnej jak w pierwszym zespole (nawiasem mówiąc, i tam były różne głębokości snu), ale w każdym razie zupełnie klinicznie pewną senność.

W okresie śpiączki chorzy ci dużo jeszcze mówią przez sen i szczególnie w pierwszych dniach śpiączki miewają jeszcze od czasu do czasu swoje dawne ruchy, które powoli zamierają, a chorzy śpią dalej spokojnym snem. Okres śpiączki trwa zdaje się krócej, niż w pierwszym zespole i zazwyczaj z końcem I. tygodnia chorzy jeszcze senni, ale praktycznie uważający się za wyleczonych, opuszczali klinikę.

Podobnie jak w pierwszym zespole okres trzeci (śpiączki), tak tutaj znowu okres drugi (ruchów pląsawiczych) wybija się na pierwszy plan obrazu klinicznego i stąd nazwa: »encephalitis choreiformis«.

Jeżeli obecnie porównamy zespół pierwszy z drugim, to wpada tutaj w oczy pewne podobieństwo tych 2 stanów, gdyż okresy pierwsze (zwiastunów) są prawie identyczne, okres drugi



Ryc. 2.

(encephalitis lethargica) w drobnych pierwocinach zawiera implicite tesame cechy (ruchy mimowolne i mięśni brzucha, bezsenność, niepokój), które w drugim okresie »encephalitis choreiformis« dojdą do ogromnego nasilenia, wypełnią sobą ramy obrazu klinicznego i będą trwać czas dłuższy. Okres trzeci, — ten sam okres snu, tylko lżejszego i zdaje się krócej trwającego, jedynie pewną różnicę stanowi nie tak wyraźnie występujące porażenie nerwów mózgowych.

Bardzo pouczające jest, według mnie, spostrzeżenie Dr Beauraina, który chorej w 8. dniu silnych ruchów pląsawiczych wstrzyknął 0,02 morfiny z kofeiną, poczem ruchy znikły prawie całkowicie i wystąpił sen, trwający jeszcze przez 2 dni, aż do śmierci, która nastąpiła w 3. dniu śpiączki wśród objawów porażenia ośrodka oddechowego. Wspólną cechą dla obu tych stanów jest częsta maska (nieruchomość) twarzy i posągowatość całej postaci, występująca pod koniec II i III okresu obu zespołów. (ryc. 2). Prócz tych przypadków klasycznych z licznymi wyżej opisanymi objawami bywają, zdaje się, przypadki bardzo lekkie, jakby formy poronne, które jednak, zdaje się, do tej grupy należą. I tak w klinice prof. Rosnera widziałem ciężarną w VII m. k., która skarżyła się jedynie na mimowolne ruchy po lewej stronie brzucha. Przy obserwacyi okazało się, że ruchy te są bardzo podobne do ruchów, opisanych przy »encephalitis choreiformis«. Ruchy te trwały jako jedyny objaw 3 tygodnie. Badana czuła się ogólnie bardzo dobrze i nie uważała się wcale za chorą. Badanie neurologiczne wykazało źrenice nadmiernie wązkie i mało oddziałujące na światło. Ruchy po lewej stronie brzucha występowały samorzutnie i można je było zawsze wywołać przez lekkie uderzenie w powłoki brzuszne. W czasie uśpienia chloroformowego źrenice stale pozostały wązkie, ruchy samorzutne albo całkowicie ustąpiły, albo przynajmniej znacznie się zmniejszyły i nie mogliśmy ich sztucznie wywołać. Z chwilą przerwania narkozy ruchy wróciły bez zmian, tak jak przed narkozą. Dalszego przebiegu nie znam.

Na tem kończymy analizę objawów klinicznych i przechodzimy do części ostatniej, do wniosków i uogólnień. Stoimy na stanowisku odrębności tych zespołów od objawów ze strony układu nerwowego w przebiegu grypy, uważamy jednak za konieczne w tym kierunku dalsze badania bakteryologiczne. Przyznajemy na razie tym zespołom miejsce odrębne, gdyż badania narządów wewnętrznych zmian grypowych nie wykazały. Również i autopsya w czterech przypadkach (Prof. Ciechanowski) zmian charakterystycznych dla grypy nie wykazała.

Obydwa zespoły chorobowe, o których była mowa, a więc »encephalitis lethargica« i »choreiformis« z punktu widzenia klinicznego są tylko podgrupami wielkiej znowu jednostki chorobowej, o bardzo różnorodnej etyologii (encephalitis non purulenta), i to nam tłomaczy obfitość spostrzeganych objawów, gdyż nie można pomyśleć objawu, któryby w przebiegu tego cierpienia nie mógł wystąpić, bo tu decyduje jedynie siedziba oraz natężenie sprawy chorobowej. A więc możemy mieć do czynienia z objawami pochodzącymi od wzmożenia ciśnienia wśródczaszkowego, oponowymi i niezliczonem mnóstwem możliwych objawów ogniskowych (porażenie nerwów mózgowych, lekkie drżenie oczu, chód móżdżkowy, najrozmaitsze ruchy mimowolne i napady padaczkowe, ruchy pląsawicze i t. d.). Spotykamy się też z objawami, które świadczą już nietylko o zaatakowaniu mózgu, ale i rdzenia (encephalomyelitis disseminata), o czem świadczą zaburzenia ze strony pęcherza, odbytu, oraz według wszelkiego prawdopodobieństwa zniesienie lub bardzo znaczne osłabienie odruchów kolanowych.

Podobnie, jak zespół objawów opisany dla »encephalitis lethargica« mieści się całkowicie w obrazie »encephalitis non purulenta«, — tak też i zespół objawów ujęty pod nazwą »encephalitis choreiformis« nie przekracza granic »encephalitis non purulenta«, szczególnie jeżeli uwzględnimy badania André Thomasa, który upatruje podłoża anatomo-patologicznego dla pląsawicy w zmianach o charakterze encefalitycznym lub meningoencefalitycznym.

Dawniej dostrzeżone postacie »encephalitis non purulenta« uwidoczniają się i w czasie obecnej epidemii, bo możemy wyróżnić obraz ostrego zapalenia mózgu (»akute Grosshirn-Encephalitis« niemieckich badaczy), obraz »polioencephalitis superior« z porażeniami w zakresie mięśni gałek ocznych i wreszcie »polioencephalitis inferior« (opuszkowo-mostowa postać).

Kliniczne wyodrębnienie tych zespołów ma wartość nietylko teoretyczną, ale i praktyczną, bo, jak już z góry możemy wnosić, sprawa chorobowa, tocząca się w obrębie rdzenia przedłużonego, zajmując tak ważne dla życia ośrodki, będzie mieć oczywiście przebieg najgroźniejszy.

W dwóch naszych przypadkach, które skończyły się śmiertelnie przez porażenie ośrodka oddechowego, od pierwszych dni choroby spostrzegaliśmy tachykardyę i zaburzenia oddechowe, które musieliśmy odnieść do nerwu błędnego.

Ta postać jest przez swoje usadowienie co do rokowania najgorsza, jednak i zapalenie mózgu pierwszego typu, jeżeli przebiega z wzrastającem podnieceniem i głębokiem zamroczeniem świadomości, świadczy, zdaje się, o bardzo rozległem i znacznem nasileniu sprawy chorobowej i daje też niepomyślne rokowanie. W klinice widzieliśmy 2 tego rodzaju przypadki o przebiegu śmiertelnym. Podobnie zniesienie lub znaczne osłabienie odruchów kolanowych uważamy za zły znak.

Z 4 zejść śmiertelnych, które spostrzegaliśmy w klinice, 3 dotyczyły osób poniżej lat 17, i to, zdaje się, potwierdza spostrzeżenia Strümplla, wysnute na tle badań anatomicznych, że zapalenie mózgu (»encephalitis«) u dzieci ze względu na szybsze szerzenie się sprawy i skłonność do zlewania się ognisk, klinicznie przebiega dużo groźniej, niż u osób dorosłych.

Na podstawie dotychczasowych obserwacyi możemy oba zespoły chorobowe »encephalitis choreiformis« i »lethargica« ująć i włączyć do rozległego obrazu »encephalitis non purulenta«, ale to nie uwalnia nas od dalszych badań, gdyż, jak już wspomniałem, intoksykacya i autointoksykacya, zaburzenia w krążeniu i nieomal wszystkie znane nam zakażenia mogą wchodzić w grę, jako czynnik etyologiczny »encephalitis non purul nta«.

Dalsze badania bakteryologiczne i anatomopatologiczne mogą nam wyjaśnić, czy mamy tu intoksykacyę lub autointoksykacyę, czy też swoiste zakażenie, jak twierdzi Wiesner, czy też, jak utrzymują inni, powikłania ze strony układu nerwowego w przebiegu grypy, jak to już dawniej było podnoszone przez Leichtensterna i Strümplla, a stwierdzone dowodami bakteryologicznymi przez Pfuhla i Nauwercka i innych. Trouillet ustalił 3 formy dla spraw mózgowych w przebiegu grypy: postać łagodną: bóle głowy, zamroczenia, podniecenie; porażenie, postać więcej złośliwą z objawami oponowymi, skurczami i wreszcie

trzecią postać najgroźniejszą: sztywność karku, drgawki i porażenia, kończące się śmiercią, przeważnie z powodu porażenia ośrodka oddechowego. Jak widzimy, objawy, opisane przez Trouilleta, mają wiele podobieństwa ze spotykanymi obecnie. Co do etyologii sprawy chorobowej, to musimy na razie skończyć nasze rozważania pytajnikiem.

Na zakończenie podnieść muszę, że w klinice u dwóch chorych w okresie prawie już całkowitego wyleczenia zauważyliśmy raptowne nagłe pogorszenia i wystąpienie nowych objawów: w jednym przypadku oponowych, w drugim wyraźniejsze porażenie w zakresie porażonych nerwów mózgowych, do których dołączyły się silne zawroty głowy.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego tych zespołów, to jest ono równocześnie i bardzo łatwe i bardzo trudne: łatwe, bo epidemiczne występowanie ułatwia rozpoznanie, a trudne równocześnie, gdyż musimy wykluczyć długi szereg cierpień (kiła, padaczka, zapalenie opon mózgowych, w pierwszym rzędzie gruźlicze, zaburzenia ze strony krążenia, ostro przebiegającą postać stwardnienia rozsianego, a nawet porażenia myasteniczne).

Nie znając przyczyny sprawy chorobowej, w leczeniu ograniczamy się do leczenia objawowego, a zarówno leczenie dotychczasowemi surowicami, z braku swoistej, jak jodem, rtęcią, przetworami srebra i zabiegami wodnymi uważamy za próby, wymagające dalszego badania.

Nic nie wiemy jeszcze o drogach, któremi szerzy się epidemia, ale przypadki jej są już rozsiane po całej Polsce, a widzieliśmy ją i u żołnierzy wschodniego frontu. Nie spotykaliśmy do tej pory kilku chorych w jednej rodzinie.

Spostrzeżenia naszej kliniki, na małym stosunkowo oparte materyale (około 30 chorych), mają za cel nie przedstawienie wykończonego w szczegółach obrazu klinicznego, ale pragniemy jedynie tym dorywczym schematem i klinicznem ugrupowaniem objawów ułatwić metody badania, trudne ze względu na zmienność i wielopostaciowość objawów, które w różnych okresach choroby imitują zespoły zupełnie odrębnych jednostek chorobowych.

O dławcu w przebiegu grypy.

podała **Dr J. Korsakówna**,

asystentka intern. oddziału Dr W. Szenajcha szpitala im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie.

(Odczyt w Towarzystwie pedyatrycznem d. 10. III. 1920).

Jednem ze złośliwszych powikłań w przebiegu grypy w epidemii z r. 1918/19 i 1919/20 w Warszawie było zajęcie krtani i tchawicy, będące powodem tak znacznego ich zwężenia, że aż zachodziła bezwzględna konieczność intubacyi.

Doświadczenia polskich i obcych lekarzy jednogłośnie stwierdzają, że charakterystyczną cechą ostatnich epidemii grypy jest zajęcie nawet w najlżejszych przypadkach górnych dróg oddechowych przez sprawę chorobową, w lżejszych — zmiany nieżytowe, w ciężkich zaś niejednokrotnie duże zmiany; obrzęk krtani, wysięk włóknikowy, błony, nawet martwica głębszych tkanek.

Obraz kliniczny tej ostatniej postaci jest łudząco zbliżony do dławca, wywołanego przez prątki Löfflera, obraz anatomiczny również jest bardzo podobny. Postać ta występuje częściej w wieku dziecięcym (prawdopodobnie z powodów anatomicznych, wązkości światła krtani u dziecka). O podobnych spostrzeżeniach wspomina piśmiennictwo polskie i niemieckie z ostatnich lat.

Ciechanowski (Przegl. lek. 1918 Nr 42) w 2 sekcyjnych przypadkach spostrzegał cienkie błonki w krtani i tchawicy, oddzielające się z trudem. Ciechanowski twierdzi, że dawniej mało znana ta postać grypy jest właściwością ostatniej epidemii 1918 r. Polega ona na zapaleniu tchawicy i oskrzeli, wysięku włóknikowym na powierzchni błony śluzowej i równoczesnej martwicy sięgającej głębiej, zajmującej nawet błonę podśluzową. Zmiany te widziano przy równoczesnych ciężkich zmianach w drobnych oskrzelach i płucach. Nowicki (Przegl. lek. 1918 Nr 47, 48) podnosi jako uderzająco częsty objaw ostre zapalenie górnych dróg oddechowych z częstym obrzękiem wejścia do krtani, rzadziej jej owrzodzenia. Raz (na 19 przypadków) spostrzegał zmiany włóknikowe nagłośni i przedsionka przy braku prątków Löfflera. — Rencki (Przegl. lek. 1919 Nr 4) opisuje 2 przypadki z objawami zwężenia krtani, podobne do wrzekomego dławca, głośny, świszczący wdech, niepokój, duszność; rozważał nawet możliwość tracheotomii, bez której jednak jeden chory wyzdrowiał, drugi zmarł. — Krokiewicz (Przegl. lek. 1919 Nr 28) podkreśla ostre zmiany górnych dróg oddechowych, w 18 śmiertelnych przypadkach spostrzegał u 7 ostry nieżyt krtani, raz ostry nieżyt tchawicy, raz rzekomy dławiec (oedema aditus ad laryng. laryngotracheobronchitis diphteroides). — Hornowski (Gazeta lek. 1920 Nr 7—8) wspomina, nie podając liczb, że spotykał wśród materyału sekcyjnego przy grypie krupowe lub dyfterytyczne zapalenie gardła i krtani. — Rzętkowski (Gazeta lek. 1920 Nr 7—8) mówi o 2 cięższych przypadkach zajęcia tchawicy, głośni i krtani, w których dochodziło do »laryngismus« i powstawała konieczność tracheotomii, aby uratować chorych od uduszenia. Takie 2 przypadki widział u 2 młodych doskonale odżywionych mężczyzn. Berblinger i Oberndorffer (Münch. m. Woch. Nr 36, 52, 1918) piszą o przypadkach, gdzie stwierdzono wyraźne rzekomo błonicze błony przy grypie; bakter. Di (—); zawsze towarzyszy im obecność śmietankowato ropnej wydzieliny. — Steffner (M. m. Woch. 1918 Nr 32) uważa obecność tej wydzieliny za objaw decydujący dla grypy przy rozpoznaniu różniczkowem dławca swoistego i grypowego. Opisuje on 3 przypadki, bardzo klinicznie do dławca swoistego zbliżone, przebiegające z sinicą, dusznością, głośnym stenotycznym oddechem, wciąganiem przestrzeni podżebrowych i nadobojczykowych; we wszystkich 3 chorzy wykrztuszali przy kaszlu gęstą, lepką, śmietankowatą wydzielinę. W 2 przypadkach zastosowano tracheotomię — bezskutecznie. Pośmiertnie w obu stwierdzono w tchawicy, oskrzelach i krtani błony, badanie bakteryol. Di (—), Pfeiffer (—), gronkowce (+). Steffner ostro występuje przeciw tracheotomii. według niego niecelowej, gdyż drogi oddechowe aż do najdrobniejszych oskrzelików zatkane są tą wydzieliną ropną.

Podczas epidemii grypy w Warszawie w latach 1918/19 i 1920 również spostrzegaliśmy w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci występujące w każdym prawie przypadku zajęcie górnych dróg oddechowych.

Ciężkich przypadków dławca grypowego mieliśmy 8, przy których duszność zwalczać musieliśmy zapomocą intubacyi. Na 8 intubowanych chorych (w wieku lat 2, 4, 5, 8, 10, 12, 12, 15) 7 zmarło. Dzieci te prawie wszystkie umieszczono na oddziale krupowym w oddzielnym pokoiku; wszystkim wstrzykiwano duże dawki surowicy przeciwbłoniczej.

Rozpoznanie różniczkowe, zresztą bardzo trudne, opieraliśmy na pewnej różnicy objawów klinicznych, zachowaniu się i wejrzeniu dziecka, oraz przebiegu choroby.

Przy dławcu swoistym duszność występuje stopniowo się wzmagając w przeciągu kilku dni, zwłaszcza u dzieci starszych. Oddech świszczący, wdech długi, wciąganie znaczne dołków podżebrowych i nadobojczykowych. Charakterystyczna bladosinawa twarz, blade sine wargi, niepokój naprzemian z sennością i bezwładem, dziecko »przelewa się« przez ręce. Oczy o matowym wyrazie, ciepłota najczęściej nie przewyższa 38°. Przytomność zupełna, kaszel szczekający, przeważnie suchy, głos zupełnie cichy (aphonia). Bardzo często obecność dyfterytycznych nalotów w gardle, bakteryologicznie obecność prątków Löfflera.

Przy dławcu grypowym odwrotnie uderzało przedewszystkiem gwałtowne występowanie objawów duszności, wciąganie i wdech świszczący podobnie jak w krupie, oddech jednak przyspieszony. Wybitna sinica nosa i kończyn obok uderzająco ciemnowiśniowych sinawych wypieków i warg, oraz typowe przekrwienie spojówek, śluzówek nosa i gardła, oczy bardzo błyszczące. Nieustanny niepokój, często bredzenie, nieprzytomność, ciepłota do 40° i powyżej. Głos wprawdzie ochrypły, lecz nie całkiem pozbawiony dźwięku, kaszel szczekający również, lecz częsty, męczący, połączony z obfitem wykrztuszaniem lepkiej, gęstej śluzoworopnej wydzieliny. Skargi na ból gardła przy dławcu grypowym występują również prawie zawsze na początku choroby. Cała jama ustna i gardło zawsze są silnie przekrwione, migdałki często obrzmiałe, przy zupełnym braku nalotów. Równoczesne zmiany zapalne w płucach kierowały również rozpoznanie raczej w kierunku grypy. Wskutek jednak zatkania oskrzeli przez wydzielinę nie zawsze objawy osłuchowe ze strony płuc odpowiadały obrazowi chorobowemu prawdziwemu. Z wywiadów zawsze prawie dowiadywaliśmy się o równoczesnem zapadnięciu na grypę innych członków rodziny. Badanie bakteryologiczne wydzieliny z krtani, błon, szczególniej z rurki intubacyjnej, rozstrzygało ostatecznie rozpoznanie. Przebieg samej choroby był raczej gwałtowny; w 4 przypadkach zejście śmiertelne 1—4. dnia pobytu w szpitalu.

Anatomicznie stwierdzono obok typowych zmian grypowych w 5 przypadkach przejrzyste cienkie błony w krtani i tchawicy, przyczem w 2 głębokie owrzodzenia krtani. U wszystkich 7 zmarłych wynik badania bakteryologicznego za życia i pośmiertnie z błon w krtani co do prątków Löfflera był ujemny.

Co do kliniki, to przypadki te dzielimy na takie, I) w których przeważały zmiany włóknikowe górnych dróg oddechowych, oraz zapalne drobnych oskrzeli i oskrzelików, — wszystkie kończyły się zejściem śmiertelnem; II) takie; w których przeważa obrzęk krtani, — intubacya daje wynik pomyślny. W I. grupie stosowana intubacya przynosiła w najlepszym przypadku chwilową ulgę, jużto zmniejszając objawy zwężenia krtani, jużto dając podnietę do wykrztuszania większej ilości wydzieliny. Wo-

bec jednak ciągłego zatykania dróg oddechowych śluzoworopną wydzieliną nie dawała ostatecznie pożądanego wyniku.

1. Halinka G., l. 12. Obserwowana we wrześniu 1918 r. w zupełnie początkowym okresie epidemii grypy, mało wówczas znanej. 7. IX. ból głowy, 8. IX. szybko wzmagająca się duszność, ciepłota 40°, sinica warg i kończyn, wiśniowe wypieki, oczy błyszczące, nieżyt błon śluzowych, oddech częsty świszczący, wciągania głównie dołków nadobojczykowych, obfite wykrztuszanie śmietankowatej ropnośluzowej wydzieliny i błon, niepokój. Badania bakter. Di (—), streptokoki obfite. Kilkakrotna intubacya nie przyniosła ulgi. Przy wzmagających się objawach ogólnego zakażenia i niedomogi serca na 4. dzień choroby śmierć. (Stosowano bezskutecznie środki sercowe i podniecające, jak kamfora, digitalis, eter, adrenalina, sól fizyol. pod skórę i t. d.). Badanie pośmiertne bakter. krwi — obecność długich paciorkowców. Anat. patol. obok zwyrodnienia miąższowego narządów wewnętrznych obecność cienkich włóknikowych błon w krtani i tchawicy, schodzących do oskrzeli, silne przekrwienie ich ścian, wypełnienie dróg oddechowych gęstą, śluzoworopną żółtawą wydzieliną. Makroskopowo ognisk zapalnych w płucach nie było. — 2. Hinda M., l. 2, przybyła w 2. dniu choroby. Objawy kliniczne. jak w poprzednim przypadku, prócz tego drgawki (z wywiadów — już w pierwszym dniu choroby nagłe wystąpienie duszności, wysokiej ciepłoty, kaszlu szczekającego). Intubacya bezskuteczna. Po 4 godzinach śmierć. Badanie pośmiertne: włóknikowe błony w krtani i tchawicy, ropna wydzielina i przekrwienie schodzące aż do oskrzelików, ponadto status thymico-lymphaticus. Bakter. Di (—).

W następnych, klinicznie podobnych przypadkach występują obok uprzednio wymienionych zmian anatomicznych, jako powikłanie zmiany ogniskowe zapalne w płucach.

3. Hinda L., l. 5, przybyła w 4. dniu choroby z ciepłotą 41°, drgawkami, intubowana bez najmniejszego skutku, zmarła po kilku godzinach. — 4. Hela K., l. 10 (1. I. 1920 r.) przybyła na oddział w 7. dniu choroby w stanie bardzo ciężkim. (W domu cała rodzina chora na grypę). Intubacya bezskuteczna. Śmierć po kilkugodzinnym pobycie w szpitalu. Badanie pośmiertne obok zwykłych zmian grypowych i błon w krtani i tchawicy stwierdza owrzodzenia krtani. Bakter. Di (—), Diplostreptococcus (+). Ogniska zapalne w płucach. — 5. Leon Ch., l. 8, przybył w 5. dniu choroby ze skargami na ból gardła, chrypkę, duszność, ciepłota 39·8°. Objawy te na razie nie groźne, stopniowo po 2 dniach stały się alarmujące; sinica, niepokój, równocześnie ognisko w lewem płucu. Intubacya przyniosła dużą ulgę na 24 godziny, poczem wystąpiła duszność pomimo rurki. Intubowany, ekstubowany, znowu intubowany bezskutecznie, zmarł w 4. dniu pobytu w szpitalu, a 9. choroby. Badanie pośmiertne. obok typowych zmian grypowych, włóknikowe naloty w krtani i tchawicy i owrzodzenia głębsze, prócz tego ogniska zapalne w obu płucach, brodawkowate zmiany zapalne wsierdzia. Bakter. posiewy co do prątków Löfflera — wynik ujemny. — 6. Złata J., l. 4 i 3 mies. Kliniczne objawy grypy o przebiegu powolnym. Przybyła 7. dnia choroby. Wahania ciepłoty od 37—40°, obok duszności wdechowej i wydechowej. Badanie fizyczne wykazuje obecność gruczołów przyoskrzelowych, potwierdzoną radioskopią. Duszność wzmagającą się w ciągu 4 dni usuwa rurka intubacyjna. Po 2 dniach chora ekstubowana. bez rurki duszność, intubowana ponownie. W 9. dniu pobytu ekstubowana ostatecznie. Objawy zwężenia krtani ustąpiły całkowicie. W lewem płucu stwierdzono jednak ognisko zapalne. Śmierć po 10-dniowym pobycie. Badanie pośmiertne wykazuje zmiany typowe dla grypy. W krtani i tchawicy błon i nalotów nie było. Gruźlicze zmiany gruczołów przyoskrzelowych i płuc. Bakteryol. Di (—). — 7. Anna K., lat 15. Przybyła po 10 dniach choroby w stanie ciężkim, 8. I. 1920, z silnem wciąganiem. Z całego obrazu raczej przypuszczać można było dławiec swoisty, sinica i bladość twarzy, osłabienie znaczne. Po intubacyi duszność znacznie większa, ekstubowana natychmiast, poczem wykrztusza ogromną ilość lepkiej gęstej śluzowatej wydzieliny, zatykającej również za każdym razem rurkę intubacyjną. Stan po każdorazowej intubacyi i wykrztuszaniu znacznie się poprawia, duszność zmniejsza się. 10. I. intubowana i ekstubowana ponownie wykrztusiła dużą błonę. Di (—). Od 11. I. wciągać przestaje. Mimo to stan coraz cięższy. C. 40°. Tony serca głuche, akcya nierówna. Ognisko zapalne w płucu prawem. 17. II. po 16-dniowym pobycie zmarła. Anatomo-patologiczne zmiany typowe dla grypy oraz duże ognisko zapalne w prawem płucu. W krtani szczątki błon. Di (—).

Energiczne stosowanie wszelkich środków sercowych, podniecających i przeciwseptycznych, jak argokol, kamfora, eter, sól fizyol., specyalnych jak inhalacya, we wszystkich powyższych przypadkach zawodziło.

Jako przeciwstawienie do grupy powyżej przytoczonych służyć może jeden z ostatnich przypadków, zamykających okres epidemii grypy z r. 1918/19.

Stefan P., l. 12, przybył w 10. dniu choroby w ciężkim stanie na oddział chirurgiczny dla dokonania zabiegu z powodu ropnego wysięku pogrypowego. Operowany natychmiast Po 2 dniach uskarżać się zaczął na ból gardła; lekkie zaczerwienienie, Di (—). Gwałtownie wzmagająca się duszność, kaszel suchy, nieprzytomność, C. 39°, wiśniowe wypieki, oczy błyszczące, osłabienie serca i tętna. Intubowany — już bez wiary w skuteczność zabiegu. Rurka całkowicie objawów duszności nie usunęła, zmniejszyła je jednak tak dalece, że chory się uspokoił i mógł zasnąć. Tętno się poprawiło. Równocześnie stosowano środki sercowe i podniecające. Po 2 dniach tubus usunięto. Ponowna intubacya po kilku godzinach z powodu powracającej większej duszności i osłabienia serca. Po niespełna dobie chory rurkę przy kaszlu wykrztusił. Jakiś czas trwające objawy duszności zwolna ustępowały. Opuścił szpital po 2-miesięcznym pobycie zdrów. Badanie 2-krotne bakter. Di (—). (Surowicę wstrzykiwano).

Zbliżone do powyższych objawy zwężenia krtani spostrzegaliśmy również u osoby dorosłej, lekarki szpitala, chorej w tym czasie na grypę. (Ogromna duszność wdechowa, oddech gwiżdżący [uspakajające się po morfinie]. Badanie laryngoskopowe wykazało obrzęk podgłośniowy. Zachodziła obawa tracheotomii lub intubacyi. Po zastosowaniu jednak inhalacyi i środków narkotycznych (morfina, calc. brom.) duszność ustąpiła sama z siebie. Po tygodniu wyleczenie).

Nasuwa się na zakończenie zapytanie: czy warto przy dławcu grypowym stosować intubacyę, skoro ona tak często zawodzi. Gdyby to się tyczyło tracheotomii, bezwzględnie odpowiedziałabym przecząco. Krwawy zabieg ten wymaga dłuższych przygotowań, względnie narkozy i dla tak bardzo już wyczerpanego chorego mógłby być zbyt ryzykowny. Intubacya przeciwnie, jako zabieg szybki, u ciężko chorych dający się stosować w pozycyi leżącej, nie wyczerpuje tak dalece. Widzieliśmy z powyżej przytoczonych przypadków, że nawet w beznadziejnych w 5 przyniosła na pewien czas ulgę, w 6. usunęła całkowicie objawy zwężenia, w 7. przyczyniła się również do poprawy stanu, a chorzy ci zmarli ostatecznie nie z powodu duszności, wywołanej zwężeniem światła krtani, lecz z powodu powikłań ze strony płuc; w 8. zaś przypadku intubacya stosowana już po wyczerpaniu wszystkich innych środków leczniczych, z małą wiarą, prawie już jako akt rozpaczy, po tylu bezskutecznych próbach, uwieńczona została pomyślnym wynikiem.

Odpowiemy więc: próbować intubacyi w każdym ciężkim przypadku dławca grypowego można i należy.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

L. Lortat-Jacob i G. L. Haller: **Zespół porażny prawego nerwu współczulnego wskutek tętniaka wielkich naczyń na podstawie szyi.** (Bull. et Mém. de la Soc. med. hôp. 1919, Nr 5—6). Chora 28-letnia doznaje od szeregu lat bolów w karku i w okolicy nadgrzebieniowej łopatkowej prawej, potęgujących się przy zmianach ciepłoty. Badanie wykazało: zwężenie prawej szpary powiekowej, nieznaczne powiększenie tarczycy, krążenie oboczne na prawem ramieniu i prawej połowie klatki piersiowej. Prawie stała suchość i sinica prawej kończyny górnej, która jest często obrzmiałą. Zapadnięcie prawej gałki ocznej, lekkie opadnięcie powieki i zwężenie źrenicy na prawem oku (zespół Klaudyusza Bernarda-Hornera). Po ucisku wywartym na gałki oczne tętno wolnieje. Badanie czucia wykazuje hypestezyę przyśrodkowej powierzchni ramienia i przedramienia prawego, odpowiadającą nerwowi 8. szyjnemu i 1. grzbietowemu. Nieznaczne wzniesienie w dołku nadobojczykowym prawym po stronie wewnętrznej, oraz w dołku nadmostkowym, tętniące współcześnie z tętnem, bardzo nieznaczne opóźnianie się tętna w prawej tętnicy sprychowej w porównaniu z lewą, wykazalne oscillometrem Pachona. Badanie radyologiczne wykazuje kolisty cień bezpośrednio przy mostku po prawej stronie i tuż pod obojczykiem, a po części sięgający ponad obojczyk; cień ten odpowiada tętniakowi u ujścia tętnicy szyjnej i podobojczykowej do tętnicy bezimiennej, przyczem głównie zajęty jest początek tętnicy podobojczykowej. Dr M. Blassberg (Kraków).

F. Ramond: **Zespół objawowy bezkwasu żołądkowego.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris 1919, Nr 5—6). Należy ściśle odróżniać bezkwas żołądkowy (anachlorhydria), przy którym znika czynny kwas solny z żołądka, od apepsyi, przy której brakuje zarówno kwasu jak i pepsyny. Bezkwas zdarza się stosunkowo często (na 340 chorych znalazł go R. u 11%), a apepsya tylko wyjątkowo (u 0·5%). Przyczyny bezkwasu mogą być rozmaite, jak zakażenia oraz takie stany chorobowe, jak rak i niedokrwistość złośliwa. Najczęstsze objawy bezkwasu są następujące: 1) Złe znoszenie mięsa i wzmaganie się po mięsie dolegliwości, jak również nietolerancya wobec świeżego chleba, suchych jarzyn, wina, likierów i kawy. 2) Łatwe męczenie się, zwłaszcza bezpośrednio po jedzeniu. 3) Gorzki smak w ustach zrana. 4) Bezpośrednio po jedzeniu gniecenie i nudności, a niekiedy i wymioty. 5) W obrazie rentgenologicznym żołądek jest toniczny lub hypertoniczny przy względnie szybkiem opróżnianiu treści. 6) Po śniadaniu próbnem

Ewalda brak kwasu solnego w treści żołądkowej przy ogólnej kwasności wahającej się od 0·15 do 0·8. Peptony prawie zawsze wykazalne. 7) Treść wydobywana naczczo wolna od kwasu solnego, a kwaśność ogólna mniejsza niż po śniadaniu Ewalda. Bezkwas trwa zwykle długo i towarzyszą mu często objawy nerwowe i biegunki. Dr M. Blassberg (Kraków).

W. Goldschmidt: **Zespół objawów zapalenia okątniczego przy ropieniach krezkowych i zaotrzewnych.** (Wiener klin. Wochenschr. 1920, 1). Rozróżnienie przy łóżku chorego pomiędzy ostrem zapaleniem otrzewnej ogólnem lub miejscowem jest niekiedy niemożliwe, jeżeli sprawa chorobowa toczy się w prawem podbrzuszu. Nad obrazem klinicznym dominuje wówczas bez względu na etyologię zespół objawów otrzewnych i kieruje myśl lekarza w stronę schorzeń najczęstszych w tej okolicy. Autor przytacza 2 historye chorób. W pierwszym przypadku u robotnicy 27-letniej wywiady i obraz kliniczny kazały rozpoznać zapalenie wyrostka robaczkowego, a przy operacyi znaleziono ropień, który nie pozostawał w związku z wyrostkiem robaczkowym. Po operacyi przy pomocy promieni Röntgena stwierdzono dodatkowo zmiany gruźlicze górnej części kręgosłupa lędźwiowego i następowy ropień mięśnia lędźwiowoudowego, który przebił do jamy brzusznej. W drugim przypadku, dotyczącym 7-letniej dziewczynki, rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego z przebiciem do jamy brzusznej, a operacya, wykonana w 40 godzin po rozpoczęciu choroby, wykazała wygojone nieczynne zapalenie wyrostka robaczkowego i silny obrzęk gruczołów chłonnych w całej krezce, przypominający mięsaki limfatyczne. Pomimo błędnego rozpoznania nie należy popełniać jeszcze i błędu w leczeniu, gdyż ostre zapalenie otrzewnej stanowi w każdym razie wskazanie do zabiegu operacyjnego bez względu na przyczyny, które je wywołały. Dr. M. Blassberg (Kraków).

S. Winawarter: **Pseudoileus.** (Wien. kl. Woch. 1919, 27). Autor opisuje dwa przypadki wrzekomej niedrożności jelit u młodych żołnierzy. W jednym przypadku objadł się chory znaczną ilością brukwi, w drugim zjadł kilogram jabłek. W obydwu przypadkach pojawiło się silne bolesne wzdęcie brzucha, brak wszelkiego ruchu robaczkowego, brak stolców i wiatrów, a ostatecznie zapad. W pierwszym przypadku wykonano laparotomię, przyczem obok wzdęcia jelit nie wykazano żadnej przyczyny niedrożności, jak tylko brak ruchu robaczkowego i liczne w jelitach rozproszone glisty. Chory podczas narkozy umarł. Drugi przypadek nie był operowany, lecz leczony lawatywami wysokiemi, które wyprowadziły z jelit liczne glisty, a chory wyzdrowiał. Autor przypuszcza, że glisty pod wpływem pewnych pokarmów, a w jego przypadkach przy nadmiarze żywności roślinnej wywołują niedrożność poraźną (ileus paralyticus). J.

Schittenhelm i Schlecht: **Polyarthritis enterica.** (Deutsch. Arch. f. klin. Mediz. 126, s. 329). Na podstawie obserwacyi klinicznej 42 przypadków wyodrębnili Sch. i Sch. osobny rodzaj gośćca stawowego. Najważniejsze cechy różniczkowo-rozpoznawcze są: mała skłonność do nagabywania narządów wewnętrznych, zwłaszcza serca, zupełna oporność wobec salicylu. Bardzo charakterystyczne i częste są powikłania pod postacią zapalenia spojówki i cewki moczowej. Do nierzadkich powikłań należą polyserositis, tendo-vaginitis, periostitis i t. d. W przeważającej liczbie przypadków stwierdzili autorowie drogą obserwacyi lub wywiadów zaburzenia jelitowe już to przyrody czerwonkowej, już to inne o charakterze zapalnym i przypuszczają, że jelita są wrotami zakażenia. Stąd nazwa choroby, którą zatrzymują nawet w tych przypadkach, gdzie zmian jelitowych nie udało się wykazać. Okres między zaburzeniami jelitowemi, a początkiem zmian gośćcowych może być najrozmaitszy, od 1 dnia do paru miesięcy. Schorzenia w stawach są najczęściej wielokrotne, często długotrwałe, ale nie mają skłonności do ropienia, jak wogóle wysięki przy »polyarthritis enterica«, z wyjątkiem zapalenia cewki moczowej i zapalenia spojówek, które są najczęściej ropne. Gorączka często nie tak wysoka, jak przy gośćcu swoistym. Leczenie: objawowe. Dr M. Oszacki.

F. Deutsch: **Śródżylne stosowanie urotropiny w ostrym gośćcu stawowym.** (W. klin. Woch. 1919, Nr 45). Na podstawie pracownianych swych spostrzeżeń, że rozczyny urotropiny hamują rozwój paciorkowców i gronkowców w pożywkach, stosował D. także z dobrym wynikiem w 61 przypadkach wlewania śródżylne rozczynu wodnego urotropiny w następujący sposób: Chory otrzymuje codziennie 20 cm^3 30-procentowego rozczynu urotropiny dożylnie, aż do zniknięcia objawów klinicznych gośćca, w którym to celu potrzeba użyć 6—15 wlewań, a średnio 7. Przypadki, jak autor podaje, były ciężkie, a w kilku z nich podczas wlewań urotropiny pojawił się mocz krwawy, który po kilku dniach ustąpił. J.

Hansemann: **Ostra białaczka.** (M. Klin. Nr 1. 1919). Białaczkę uważa dzisiaj większość autorów za chorobę zakaźną, co potwierdza zwłaszcza jej ostry przebieg, który niekiedy w znacznym stopniu utrudnia jej odróżnienie od ostrych spraw zakaźnych. Na uzasadnienie zakaźnego podłoża białaczki przytacza H. następujący przypadek: 46-letni mężczyzna zachorował nagle wśród gorączki, bolów gardła i okolicy krzyżowej, a nadto obrzęku prawej goleni. W najbliższych dniach wystąpił nalot na prawym migdałku, a badanie mikroskopowe wykazało drobnoustroje Plaut - Vincenta. Nazajutrz podobny nalot pokazał się i na lewym migdałku, natomiast obrzęk goleni ustąpił. Przez cały ten czas ciepłota dochodziła 39·2—40·9° C. i miała cechę gorączki ciągłej z częstymi napadami silnych potów; często przedsiębrane badanie krwi wykazywało 3,000.000 krwinek czerwonych w 1 mm^3 i średnio 50.000—55.000 krwinek białych, w których olbrzymią większość stanowiły limfocyty, natomiast inne postacie były nader nieliczne. Po dwu tygodniach choroby nastąpiło zejście śmiertelne. Oględziny pośmiertne wykazały: w dolnych płatach obu płuc początek sprawy zapalnej, podniebienie i łuki podniebienia silnie obrzękłe, migdałki uległe zgorzeli, ostry obrzęk śledziony; z gruczołów chłonnych jedynie tylko pachowe były nieznacznie powiększone; wątroba bardzo duża, miąższ jej miękki, przyćmiony, przewód pokarmowy i szpik kostny bez zmian. Jak widać z tego, tak obraz kliniczny, jak i makroskopowo-anatomiczny przemawiał za jakąś ostrą sprawą zakaźną o charakterze posocznicy (może bakteryologiczne badanie krwi, o którem autor nie wspomina, dałoby pewne wskazówki — przyp. ref.). Dopiero mikroskopowe badanie narządów wykryło właściwe tło cierpienia, t. zn. ostrą białaczkę limfatyczną. Dr T. Tempka.

E. Weil: **Odczyn Wassermanna przy przewlekłych powiększeniach śledziony.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hop. de Paris 1919, Nr 5—6). Dodatni odczyn Wassermanna napotyka się przy przewlekłych powiększeniach śledziony u 58% chorych. Pomimo tego odczyn Wassermanna nie jest wyrazem zakażenia kiłą nabytego, ani nawet wrodzonego. Leczenie przeciwkiłowe nie wpływa ani na zmniejszanie się śledziony, ani nie zmienia dodatniego odczynu na ujemny i wpływa pogarszająco na stan ogólny chorego. Weil nie uważa odczynu Wassermanna za swoisty w ścisłem znaczeniu tego wyrazu i zdaniem jego nie należy, polegając na odczynie, zaliczać przewlekłego powiększenia śledziony do schorzeń kiłowych. Co do dodatniego odczynu Wassermanna, to o ile on nie świadczy o zakażeniu kiłowem, nie zależy również od samego powiększenia śledziony, lecz pochodzi prawdopodobnie od jakiegoś zakażenia, którego źródła obecnie nie znamy. Dr M. Blassberg (Kraków).

H. Dufour i Le Hello: **Dwa przypadki wyleczenia puchliny brzusznej, spowodowanej marskością na tle alkoholizmu.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. 1919, Nr 5—6). Wyleczenie nastąpiło wskutek wypuszczenia płynu puchlinowego i podawania środków moczopędnych. U jednego chorego 51-letniego wykonano w przeciągu 4 miesięcy 10 nakłuć i wypuszczano za każdym razem około 16 litrów płynu. Jest on od 5 lat zupełnie wyleczony. Drugi przypadek dotyczył 50-letniej kobiety, również od przeszło pięciu lat zupełnie wyleczonej, a która pozostawała w leczeniu przez 18 miesięcy. Wykonano 25 nakłuć i wypuszczono za każdym razem 15—18 litrów płynu, co czyni razem około 400 litrów. Przypadki te dowodzą, że poza marskością na tle kiłowem, gruźliczem i zimniczem, zajmuje odrębne miejsce marskość na tle alkoholizmu, która sama, jako taka może być wyleczona.

Dr M. Blassberg (Kraków).

R. Pfeiffer: **O moczopędnem działaniu octanu potasowego.** (Wien. klin. Woch. 1919, Nr 16). Autor wypróbował klinicznie cały szereg środków moczopędnych w obrzękowych przypadkach zapalenia nerek i nefrozach. Z całego szeregu środków okazał się najskuteczniejszym, prawie już zapomniany octan potasowy (kali aceticum), w ilości 20—30 grm. dziennie według przepisu: Kali acetici 30, syr. simpl. 20, aq. dest. 150. S. Łyżkami przez dzień zużyć. Przez dwa tygodnie w tej dawce dziennej stosować. Pod wpływem tej soli potasowej ilość moczu po kilku dniach znacznie się zwiększała (nawet do 6 litrów dziennie), obrzęki twarzy i kończyn ustępowały, a nawet białko w moczu znikało. Autor uważa przeto octan potasowy za najlepszy środek przy przewlekłem zapaleniu nerek. J.

Rosenberg: **Hyperkreatyninemia w zapaleniu nerek i jej znaczenie w rokowaniu.** (Münch. m. W. 1916, 26). Oznaczenie kreatyniny we krwi jest, zdaniem R. ważnem uzupełnieniem oznaczania mocznika i indykanu. Dokładne ilościowe oznaczenie kreatyniny jest technicznie łatwiejsze i da się szybciej

wykonać od oznaczenia indykanu. R. oznaczał kreatyninę nieco zmodyfikowaną metodą Folina. Zatrzymywanie kreatyniny w ustroju przebiega wogóle równolegle do zatrzymywania mocznika i indykanu, jednakże w ostrej azotemii wzrasta naprzód ilość mocznika, potem kreatyniny, w końcu indykanu. W przewlekłej azotemii wywiera odpowiednia dyeta łatwiej wpływ na mocznik, niż na indykan i kreatyninę we krwi. Stosunkowo wysoka zawartość mocznika we krwi obok stosunkowo nizkiej zawartości kreatyniny pozwala w przypadkach przewlekłych rokować wogóle pomyślniej, niż stosunek odwrotny. Natomiast nie można na razie rozstrzygnąć, czy prognostycznie gorszą jest przeważająca hyperkreatyninemia, czy hyperindykanemia. r.

Weiss Eugeniusz: **Zachowanie się naczyń włosowatych skóry w ostrem zapaleniu nerek.** (Münch. m. W. 1916, 26). W. opracował metodę (Arch. f. klin. Med. 119, 1916), pozwalającą za życia bezpośrednio badać i zdejmować mikrofotograficznie powierzchowne naczynia włosowate skóry. Zapomocą tej metody stwierdził W., że w szeregu chorób występują w krążeniu w tych naczyniach zmiany. I tak: w cukrzycy ulegają końcowe części pętli rozszerzeniu przy niezmienionej szybkości prądu krwi; w sprawach zastojowych ulega znacznemu rozszerzeniu żylne ramię pętli włosowatych, a prąd krwi znacznie się zwalnia; w miażdżycy tętnic ulegają pętle włosowate wydłużeniu, w wyższych jej stopniach znacznemu pokręceniu, prąd krwi również się zwalnia. W marskości nerek ulegają naczynia znacznemu pokręceniu, w marskości pierwotnej rozszerzeniu, a w miażdżycowej — zwężeniu, prąd krwi bywa wybitnie zwolniony. Obecnie ogłasza W. wyniki badań w ostrem zapaleniu nerek; i tu także stwierdził W. znaczne pokręcenie i rozszerzenie naczyń obok zwolnienia prądu. r.

Pedyatrya.

Czerny: **O pokarmie maślano-mącznym dla słabych osesków.** (Jahrb. f. Kinderh. T. 87, Z. 1, 1918). Pożywienie, podane przez Cz., sporządza się z zaprażki rozcieńczonej wodą i z mleka krowiego. Na 100 gr. wody przypada 7 gr. masła, 7 gr. mąki i 5 gr. cukru. Odważoną ilość masła kuchennego solonego gotuje się na wolnym ogniu aż do spienienia i zniknięcia woni kwasów tłuszczowych (3—5 minut). Wówczas dodaje się równą ilość białej mąki pszennej i mieszając gotuje się dotąd, aż masa stanie się płynną i przyjmie barwę brunatną (4—5 minut). Teraz dodaje się w podanym wyżej stosunku gorącej wody i cukru, zagotowuje się krótko i cedzi. Mieszankę tę, jeszcze gorącą, wlewa się do przegotowanego i ostudzonego mleka. Pożywienie dla osesków, ważących znacznie poniżej 3 kg., sporządza się w stosunku: $^1/_3$ mleka w $^2/_3$ rozczynu zaprażki, u silniejszych $^2/_5$ mleka z $^3/_5$ zaprażki. Ilość dobowa tego pożywienia powinna wynosić najwyżej 200 gr. na 1 kg. wagi, przeważnie wystarczają mniejsze dawki. Próby, przeprowadzone na 40 młodszych oseskach, wypadły korzystnie, szczególnie nie spostrzegano wzdęcia, stolce miały właściwości podobne, jak przy karmieniu naturalnem, wejrzenie dzieci było o wiele lepsze, niż przy innych rodzajach sztucznego karmienia, odkładanie tłuszczu zbliżało się do typu, cechującego karmienie naturalne, t. j. obfita podściółka tłuszczowa w dolnej połowie ciała. Doc. Dr Bujak.

Tobler W.: **Gnilec w wieku dziecięcym.** (Ztsch. f. Kinderh. T. 18, 1918). Spostrzeżenia autora opierają się na 200 chorych w wieku 2—15 lat z kliniki dziecięcej i ochron dla uchodźców w Wiedniu. Jako pierwszy objaw schorzenia występował zwykle obrzęk brzegu dziąseł, później przekrwienie w otoczeniu szyjki zębowej w postaci purpurowej obwódki, wreszcie wybroczyny na dziąsłach. Zmiany początkowe bardzo często zauważano w sąsiedztwie zębów wyrzynających się, albo próchniejących. W tym pierwszym okresie niema zwykle ani silniejszych dolegliwości, ani objawów ogólnych. Okres drugi gnilca cechuje się bólami w kończynach, które występują nagle i w ciągu paru dni znacznie się wzmagają, wywołując przykurczenia w stawach; najsilniej zajęte bywają kończyny dolne. Zdarzają się przypadki, w których pierwszym objawem schorzenia są bóle w kończynach, bez zmian w jamie ustnej, przeważnie jednak w okresie drugim obrzęk dziąseł znacznie się wzmaga, tak że może pokrywać częściowo korony zębowe, obok tego śluzówka oddziela się od zębów, odkrywając górną część korzenia. Nierzadko przenoszą się zmiany chorobowe na wewnętrzną powierzchnię policzków i warg w postaci przekrwienia, sinicy i owrzodzeń. Wybroczyny skórne częściej widuje się na kończynach dolnych niż górnych, niekiedy jedynym objawem zmian skórnych jest obrzęk torebek włosowych. Wybroczyny skórne są objawem rzadszym od wylewów krwawych podskórnych, najczęściej sadowiących się wzdłuż goleni. W cięższych przypadkach powstają krwotoki śródmięśniowe, szczególnie w mięśniach łydki. Krwotoki mięśniowe powstają częściej u dzieci ruchliwych, widocznie skutkiem większej pracy mięśniowej. Cechujące są bóle nasad kostnych, najczęściej w okolicy kolana i stawu skokowego, rzadziej w okolicy nadgarstka i główki kości sprychowej. Obok kości długich niekiedy bywa bolesny mostek i żebra w miejscu połączenia części kostnej z chrząstką. W okresie wylewów krwawych występuje niedokrwistość, przyczem krzepliwość krwi nie ulega zmianie, ilość płytek przeważnie zwiększa się, podobnie ilość ciałek białych. Przyczyna krwawienia tkwi w schorzeniu naczyń. Omawiając wyniki badań anatomicznych innych badaczy i własne spostrzeżenia kliniczne, dochodzi T. do wniosku, że niema istotnej różnicy pomiędzy chorobą Barlowa, a gnilcem. Powstawanie gnilca zależy od usposobienia osobniczego i swoistego czynnika szkodliwego. Dzieci, spostrzegane przez autora, znajdowały się w korzystnych warunkach higienicznych, odżywiane były dostatnio, jednak wyłącznie pokarmami gotowanymi, małą ilością mleka, przeważnie zgęszczonego, nie otrzymywały zupełnie jarzyn zielonych. Leczniczo i zapobiegawczo, obok jarzyn świeżych i owoców, doskonale działał napar z igieł jodły. Doc. Dr Bujak.

Neurologia.

Chiray i E. Roger: **O zespole mięśniowym i »objawie niemożności stania na palcach« w rwie kulszowej.** (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. 1919, 5—6). Autorowie podają nowy objaw kliniczny, bardzo prosty, natury czysto mięśniowej, nie wywołany przez ból, który nazywają »objawem niemożności stania na palcach« (signe de la pointe). Choremu o obnażonych stopach polecamy naprzód stanąć na palcach zdrowej kończyny i utrzymać się jaknajdłużej. Udaje mu się to bez trudu. Analo-

gicznej próby po stronie chorej nie udaje się choremu w przebiegu rwy kulszowej dokonać. Niekiedy chory pozornie to nawet wykonuje po rozmachu, jednak wówczas widać, że nie może się utrzymać i że był to ruch prawdziwie czynny. Ruchu tego chorzy nie mogą wykonać z powodu braku siły. Objaw ten ma wielkie znaczenie semiologiczne, bo jest objawem wczesnym i zdarza się we wszystkich sprawach chorobowych, dotyczących nerwu kulszowego. Jeżeli go brakuje, należy przyjąć, że neurony ruchowe nie są jeszcze dotknięte i można pomyślnie rokować. Jego obecność dowodzi sprawy ciężkiej i uporczywej, gdyż jest wyrazem zmian mięśniowych i dozwala przypuszczać początek lub ustalenie się odczynu zwyrodnienia. Objaw niemożności stania na palcach może utrzymywać się jeszcze przez szereg miesięcy pomimo tego, że bóle zupełnie ustąpiły, albowiem powrót nerwów ruchowych do stanu prawidłowego odbywa się znacznie powolniej, niż w nerwach czuciowych. Z powodu późnego znikania jest on ostatnim śladem choroby i dlatego jego nieobecność dowodzi zupełnego uleczenia sprawy, a jego utrzymywanie się każe się mieć na baczności przed ewentualnymi nawrotami cierpienia. Zwykle wyprzedza on pojawienie się zniesienia odruchu ścięgna Achillesa i zmian elektrycznych.

Dr M. Blassberg (Kraków).

Radyologia.

G. Loose: **Zwycięstwo promieni Röntgena nad rakiem piersi.** (Fortschr. a. d. Geb d. Rönt. 1919, XXVI, 3). Powołując się na swoje poprzednie doniesienia o zupełnem wyleczeniu raków piersi zapomocą promieni x, podtrzymuje autor w dalszym ciągu twierdzenie, że rentgenoterapią można osiągnąć 100% stałego wyleczenia. Liczba przypadków przez niego w ten sposób leczonych wynosi 121 w przeciągu 4½ lat. Materyał swój dzieli autor na 4 części: 1) Operowani doszczętnie i następnie naświetlani. 2) Lekkie nawroty z przerzutami w gruczołach limfatycznych po przebytych operacyach bez naświetlania. 3) Przypadki jak przy 2), ale z rozległymi nawrotami i przerzutami. 4) Przypadki, nadające się do operacyi, lecz jeszcze nie operowane, ani nie naświetlane. W pierwszej i czwartej grupie uzyskał zupełnie wyleczenie. W drugiej grupie widoki wyleczenia są jeszcze na ogół dobre i zupełne opanowanie wszystkich tych przypadków jest kwestyą ulepszenia techniki naświetlania. Rozpaczliwe przypadki trzeciej grupy często, ale niezawsze dadzą się uratować.

Doc. Dr Karol Mayer.

O. de la Camp: **Radyoterapia, a gruźlica płuc.** (Münch. med. Woch. 1919, 49). Z obserwacyi klinicznej i doświadczeń na zwierzętach wynika, że promienie Röntgena działają na tkankę łączną w ogniskach gruźliczych podobnie, jak na inne tkanki, okazujące skłonność do bujania. Dla leczenia gruźlicy płuc ważną jest własność promieni x, wywołująca tworzenie się blizny. Podobnie, jak przy gruczołach gruźliczych nie nadają się wcale do tego leczenia postacie, mające skłonność do rozpadu, lecz tylko gruźlica przewlekła, odznaczająca się bujaniem tkanki łącznej. Dokładne rozpoznanie tej postaci gruźlicy przy pomocy promieni x, oraz odpowiednie dawkowanie stanowią główne warunki wytworzenia się tkanki bliznowatej w obrębie ognisk gruźliczych.

Doc. Dr K. Mayer.

Choroby kobiece i położnictwo.

Ch. Cardot: **Związek między torbielami ciałka żółtego, a wymiotami niepowściągłemi w ciąży.** (Paris 1914). Autor omawia znaczenie ciałka żółtego dla ustroju kobiety w myśl teoryi L. Fränkla i opisuje zmiany, jakie w ciałku żółtem spotkać można, z których najczęstsze są torbiele. Zmiany te mają powodować (Schil): 1) Ciążę zewnątrzmaciczną (jajowodową), osłabiając ruch robaczkowy jajowodu podczas wędrówki zapłodnionego jaja przez jajowód. 2) Poronienia, względnie rozpłynięcie się jaja płodowego, jeżeli ciałko żółte uległo zwyrodnieniu, lub zostało usunięte w pierwszych miesiącach ciąży (Fränkel). Twierdzenie to nie daje się utrzymać. 3) Tworzenie się zaśniadu groniastego, zwłaszcza przy zmianach torbielowatych w ciałku żółtem. 4) Wymioty niepowściągłe w ciąży. Tę sprawę omawia autor na podstawie siedmiu przypadków, z których pięć skończyło się śmiercią, dwie zaś kobiety operowane (ovariectomia) wyszły zdrowe i urodziły na czasie. U 5 pierwszych stwierdziła nekroskopia zmiany w ciałku żółtem w następujących postaciach: 2 razy zanik z powodu ucisku przez torbiel jajnikową; raz krwiak; raz ciałko żółte bardzo małe (drobnowidowo: zwyrodnienie komórek luteinowyc); raz zwyrodnienie torbielowate. U operowanych: raz stwardnienie włókniste ciałka żółtego; raz torbiel, wielkości orzecha włoskiego. Wymioty po zabiegu operacyjnym w obu przypadkach, jakkolwiek nie natychmiast, ustały. Z tych siedmiu przypadków wysnuwa autor następujące wnioski: a) Usunięcie ciałka żółtego na początku ciąży nie sprowadza jej przerwania. b) Między zmienionem ciałkiem żółtem u kobiety ciężarnej, a wymiotami niepowściągłemi istnieje korrelacya. c) U kobiet ciążarnych z wymiotami niepowściągłemi wskazane jest usunięcie jajnika, jeżeli badanie nasuwa przypuszczenie zmian w jajnikach.

Dr Józef Szymanowicz.

Choroby skórne i weneryczne.

J. Kyrle, R. Brandt i F. Mras: **Odczyn kolloidu złota w płynie mózgowordzeniowym, stosunek odczynów jego do innych odczynów w płynie mózgowordzeniowym, oraz zastosowanie i znaczenie odczynu w klinice.** (W. kl. W. 1920, 1). Płyn mózgowordzeniowy u dotkniętych kiłą nierzadko już we wczesnych okresach kiły drugorzędnej jest chorobowo zmieniony, aczkolwiek osoby, od których go pobrano, nie okazują żadnych nieprawidłowości ze strony układu nerwowego. W płynie mózgowordzeniowym stwierdza się w takich razach limfocytozę, wzmożoną ilość białka i globulin oraz dodatni odczyn Wassermanna. W ostatnich latach zajęto się własnościami fizykochemicznemi płynu mózgowordzeniowego, posługując się w tym celu między innemi odczynem kolloidu złota. Autorowie po zbadaniu 720 płynów mózgowordzeniowych od chorych kiłowych w różnych okresach choroby, dochodzą do następujących wniosków: Dodatni odczyn kolloidu złota występuje bardzo często w płynie mózgowordzeniowym chorych na kiłę. W przeważnej liczbie przypadków spotyka się równocześnie limfocytozę, wzmożoną ilość białka i globulin, oraz dodatni odczyn Wassermanna, ale nie zawsze, bo dodatni odczyn kolloidu złota może występować niezależnie od innych własności płynu mózgowordzeniowego i to w różnych okresach kiły. Nieraz się zdarza, że pod wpływem leczenia płyn mózgowordzeniowy staje się prawidłowym pod względem limfocytozy, ilości białka i globulin, natomiast dodatni odczyn Wassermanna i dodatni odczyn kolloidu złota utrzymują się nadal. Pod tym względem odczyn Wassermanna i odczyn kolloidu złota zachowują się bardzo podobnie. Dodatni odczyn kolloidu złota świadczy o tem, że zmiany zachodzące w płynie mózgowordzeniowym w toku kiły są przyrody jakościowej; z tego względu odczyn kolloidu złota stanowi poważną zdobycz w sposobach badania płynu mózgowordzeniowego. Jakie znaczenie ze stanowiska kliniki przedstawia dodatni odczyn kolloidu złota, na razie nie wiadomo; ale na podstawie jednego bliżej omówionego przypadku, uważają autorowie za zły objaw w rokowaniu utrzymywanie się dodatniego odczynu kolloidu złota po ustąpieniu innych zmian chorobowych w płynie mózgowordzeniowym pod wpływem leczenia. Technika odczynu łatwa, o ile zaś odczynnik sporządzony jest dokładnie, odczyn rzadko zawodzi.

Dr Kostrzewski.

Prof. Linser: **Nowa kombinowana metoda wlewań dożylnych salwarsanu łącznie z sublimatem.** (M. Klinik 1919, 42). Linser stosował tę metodę, po uprzednich próbach na zwierzętach, u 1000 chorych (8000 wlewań) i nigdy nie spostrzegał niekorzystnych objawów ubocznych. Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej pojawiało się tylko przy bardzo wysokich dawkach sublimatu (0·1), stosowanych wyłącznie doświadczalnie. Zapalenie jelit i osutka rtęcicza nie pojawiały się nigdy. Również nie spostrzegano zadrażnienia nerek nawet u chorych na nerki. Najkorzystniej jest podawać 0·02 sublimatu ze zwykłą dawką salwarsanu (neo lub natrium) w odstępach 4-dniowych. Działanie jest bardzo silne i szybkie. Objawy kliniczne znikają poprostu gwałtownie. Odczyn Wassermanna szybko staje się ujemny, i to zwykle na stałe. Nawroty spotykano tylko w przypadkach zbyt krótko leczonych. Wydzielanie z ustroju rtęci i salwarsanu (badano metodą Salkowskiego i Abelina) odbywa się tak, jak przy innych metodach podawania rtęci czy salwarsanu. Technika stosowania: Do rozczynu zwykłej dawki n. p. 0·3 neo- lub natrium salwarsanu w 6—8 cm^3 wody w strzykawce szklanej dociąga się 2 cm^3 1% rozczynu sublimatu (0·02 sublimatu). Powstaje natychmiast czarnozielonkawy osad, który jednakowoż przechodzi przez najcieńszą igłę. Całą tę mieszaninę powinno się wymieszać dokładnie w strzykawce i wstrzykiwać dożylnie bardzo powoli. NaCl nie potrzeba dodawać do rozczynu. Odpada również konieczność używania wody przekroplonej, jałowej, ponieważ sublimat sam odkaża mieszaninę. Autor używał stale wody wodociągowej lekko ogrzanej.

Dr Tadeusz Pawlas.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 28. I. 1920 r.

Przewodniczy prof. Dr Rosner, protokołuje kol. Dr Szymanowicz. Obecnych 78 członków.

I. Prezes, powitawszy zamiejscowych gości, udziela głosu kol. S. Mikołajskiemu, który wygłasza referat: **O stanie naszych zdrojowisk i uzdrowisk**. Wszystkie prawie zdrojowiska małopolskie ucierpiały bardzo w czasie wojennym. Konieczną jest dobra wola i nakład materyalny właścicieli, aby je z ruiny podnieść. Mimo kilkakrotnego zniszczenia, najlepiej przedstawia się stan Rymanowa.

II. Dr J. Jasieński wygłasza odczyt: **W sprawie zdrojownictwa polskiego**

Dyskusya: 1) Hr. Jan Potocki (jako gość) oświadcza się za uporządkowaniem zdrojowisk i sądzi, że inicyatywa powinna wyjść od właścicieli przy pomocy materyalnej rządu. Jest przeciwnikiem upaństwowienia zdrojowisk, a jako odstraszający przykład podaje Krynicę. — 2) Kol. Dr Kwaśnicki zwraca się do przedstawiciela rządu z prośbą, aby dążył do sanacyi zdrojowisk przy pomocy skarbu państwa; zwraca uwagę na przykre stosunki sanitarne w Rabce, wypływające z podzielenia gmin Rabki-Zdroju, Solca i Rabki. Zarządy klimatyczne powinny być uposażone w dużą egzekutywę. — 3) Kol. Dr Blassberg jest zdania, że tylko prywatna inicyatywa może podnieść nasze zdroje. Aby i uboższym dać możność korzystania z wód, powinno się łączyć zdrojowiska ze sanatoryami. Młodszych balneologów należy wysyłać na studya zagranicę. Konieczne jest utworzenie katedry balneoterapii i balneomechaniki. — 4) Prof. Marchlewski żąda upaństwowienia nie całych zdrojowisk, lecz samych źródeł, zwłaszcza zaniedbanych. Podniesienie zdrojownictwa leży w pierwszym rzędzie w rękach rządu, gdyż on tylko może podejmować roboty inwestycyjne, które na razie nie przynoszą procentu. — 5) Kol. Dr Kmietowicz przedstawia następujący wniosek: Towarzystwo lek. krak. uchwala odnieść się do rządu, aby zajął się odbudową zdrojowisk, a w szczególności Krynicy-Zdroju, jako zdrojowiska rządowego, przeznaczając na ten cel wydatne kwoty. Gdyby rząd na inwestycye te nie mógł wyłożyć odpowiednich kwot, wówczas Towarzystwo lek. krak. postanawia wzniecić akcyę między lekarzami i społeczeństwem całej Polski, celem zebrania znaczniejszych kapitałów na odbudowę zdrojowisk, a ewentualnie stworzenia »Banku zdrojowisk«, któryby się zajął sfinansowaniem tej sprawy. (Wniosek przyjęto). — 6) Kol. Dr Mikołajski wyjaśnia, że w sprawie zdrojowisk działa tylko z własnej inicyatywy, a nie jako przedstawiciel rządu, bo zdrojowiska nie należą do kompetencyi okręgowego dyrektora zdrowia publ. W Małopolsce powinien być ustanowiony inspektorat dla zdrojownictwa. Mowca jest za upaństwowieniem źródeł, lecz koszta obecnie byłyby tak duże, że rząd nie mógłby się tego podjąć; dlatego właściciele zdrojowisk powinni dołożyć wszelkich starań, aby zdroje choć częściowo uruchomić w tym roku. Należy starać się u rządu o zapewnienie zdrojowiskom aprowizacyi, węgla i dobrych połączeń kolejowych.

III. Stosownie do wywodów kol. Dr Mikołajskiego uchwalono na wniosek prezydyum zwrócić się do Sejmu z przedstawieniem naglącej potrzeby umożliwienia tegorocznego sezonu zdrojowego przez zapewnienie zdrojowiskom aprowizacyi, opału i połączeń kolejowych.

IV. Uchwalono przedstawione przez kol. Dr Jasieńskiego rezolucye: A) Do Ministerstwa oświecenia i do Uniwersytetu Jagiellońskiego o jaknajrychlejsze utworzenie katedry balneologii w Uniwersytecie krakowskim, a katedry balneotechniki w politechnice lwowskiej, a zanim to nastąpi, o zorganizowanie conajmniej od jesieni 1920/21 wykładów teoretycznych i praktycznych balneologii w Krakowie. B) Do Ministerstwa zdrowia publicznego 1) o bezwzględny nacisk na zdrojowiska, aby wykonywały przepisy co do zapobiegania chorobom zakaźnym, przedewszystkiem o stwierdzenie przed sezonem, czy każde zdrojowisko ma dom izolacyjny, odkażalnię, aparat dezynfekcyjny i t. d., o unormowanie rozporządzeniem rewizyi sanitarnej przyjezdnych i o zakaz otwarcia tych zdrojowisk, które nie wykażą się sprawnemi urządzeniami ochronnemi; 2) w razie, gdyby do maja 1920 ustawa zdrojowa nie weszła w życie, o uregulowanie tymczasowem rozporządzeniem stosunku gmin do zakładów w zdrojowiskach i o rozszerzenie praw i egzekutywy komisyi zdrojowych; 3) ścisłą kontrolę nad uposażeniem łazienek III klasy oraz pralni publicznych w zdrojowiskach, sezonowego leczenia szpitalnego dla ludu i mniej zamożnych klas.

IV. Posiedzenie naukowe z dnia 4. II. 1920 r.

Przewodniczy prof. Dr Rosner, protokołuje kol. Dr Szymanowicz. Obecnych 62 członków.

I. Prezes wita generała lekarza Dr Zapałowicza i kolegów wojskowych na pierwszem wspólnem posiedzeniu naukowem.

II. Kol. kap. lekarz Dr Skórczewski przedstawia inwalidę wojennego, rannego w 1915 r., u którego **kula szrapnelowa** utkwiła **w obrębie** sfery skurczu **komory prawej** i wykonuje ze skurczem serca synchroniczne ruchy. Kula ta znajduje się najprawdopodobniej w mięśniu sercowym lub na jego zewnętrznej stronie zapomocą zrostów przyczepiona. Dolegliwości podmiotowe w postaci kłucia i bolów niezbyt znacznych, brak objawów przedmiotowych, pozwalają zachować stanowisko wyczekujące.

III. Kol. Szymanowicz przedstawia **preparat** czteromiesięcznej **ciąży**, rozwijającej się **w szczątkowym rogu macicy.** D. 18. I. 1920 przywieziono do kliniki ginekologicznej Uniw. Jagiell. 21-letnią kobietę, ciężarną po raz pierwszy, poprzednio zdrową, która dopiero w dniu przybycia na klinikę zaniemogła nagle wśród gwałtownych bolów dołem brzucha i objawów niedokrwistości. Badanie ginekologiczne stwierdziło w jamie brzusznej dużą ilość krwi płynnej, macicę nieznacznie powiększoną, obok niej po stronie prawej guz wielkości dużej pięści. Rozpoznano: graviditas tub. dextr. rupta, anaemia acuta. Natychmiastowa operacya. Znaleziono ciążę w prawym szczątkowym rogu macicy z pęknięciem u szczytu w kierunku poprzecznym. Mimo wlewań soli kuchennej i środków podnoszących ciśnienie, operowana zmarła w pół godziny po operacyi. Preparat przedstawiony jest rogiem macicy szczątkowym, wielkości dwóch pięści, w kształcie mięsistego kielicha, którego ściany u podstawy są najgrubsze, u góry zaś coraz cieńsze, gdzie nastąpiło pęknięcie. Przez szczelinę pęknięcia przeświecają błony płodowe, a przez nie płód czteromiesięczny i kosmki łożyska. Na zewnętrznej stronie preparatu widać wyciągnięty jajowód, poniżej zaś jajnik. Więzadło obłe jest nieco zgrubiałe i przyczepione na zewnętrznym dolnym biegunie rogu. Róg macicy ciężarny był połączony z rogiem pustym przewodem mięsistym, odchodzącym na wysokości ujścia wewnętrznego.

IV. Kol. kap. lekarz Zanietowski wygłosił odczyt: **O postulatach nowoczesnej fizyoterapii.**

V. Na członków zwyczajnych przyjęto kol. Knorka, Pawlasa i Górskiego.

V. Posiedzenie naukowe z dnia 11. II. 1920 r.

Przewodniczący kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 122 członków.

Prezes wita zamiejscowych prelegentów, którzy nie szczędzili trudu, aby swoje bogate doświadczenie i wiedzę złożyć na usługi jednej z najważniejszych walk społecznych, jaką jest walka z gruźlicą. Sprawą tą powinno się zająć całe społeczeństwo, lecz kierunek musi leżeć w rękach lekarzy. Porządek dzienny posiedzeń w d. 11. i 12. II. 1920 będzie następujący: 1) Dr Seweryn Sterling z Łodzi: **Gmina miasta Łodzi w walce z gruźlicą.** 2) Prof. Dr Wiczkowski ze Lwowa: **Plan organizacyi walki z gruźlicą w państwie polskiem.** 3) Dr Szczepan Miko-

łajski ze Lwowa: **Walka z gruźlicą w Małopolsce w roku 1919**. 4) Dr Jan Landau z Krakowa: **Gruźlica w szkole**. 5) Dr Kuczewski z Zakopanego: **O odgruźliczeniu Zakopanego**. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dr Sterling: **Gmina miasta Łodzi w walce z gruźlicą** (streszczenie). O rozmiarach, w jakich Łódź podjęła tę walkę, świadczy budżet na rok 1920/1921. Suma ogólna wydatków specyalnych, to jest niezależnie od wydatków na utrzymanie chorych gruźliczych leczonych w szpitalach, wynosi 1,348.410 marek. — Na czele planowej walki z gruźlicą stoi osobna sekcya Wydziału zdrowotności Magistratu Łodzi. W skład tej sekcyi wchodzi: 1) Biuro (trzech urzędników i dwóch woźnych). 2) Poradnia (internista, chirurg, pedyatra i dwie sanitaryuszki). 3) Pracownia rozpoznawcza bezpłatna (jedna osoba badająca wydzieliny, jedna badająca krew). 4) Stacye obserwacyi przed wysłaniem do szpitala dla lekko gruźliczych (w dwóch szpitalach). 5) Leczenie światłem. 6) Leczenie swoiste. 7) Zdjęcia rentgenologiczne. 8) Organizacya odkażania mieszkań i sprzętów po chorych. — Z powodu małej stosunkowo ilości miejsc w szpitalach gruźliczych dla chorych chirurgicznych funkcyonuje drugi chirurg sekcyi, który przy pomocy sanitaryuszki udziela pomocy chorym wypuszczonym ze szpitala w ich domu. — Szpital dla lekko gruźliczych w Chojnach, na 80 łóżek, istnieje od roku 1915. Szpital dla dzieci gruźliczych na 100 łóżek jest chwilowo nieczynny, ponieważ władze wojskowe zabrały budynek na szpital weneryczny. Wkrótce ma być zwrócony miastu. Szpital letni dla dzieci gruźliczych poza miastem (50 miejsc) jest czynny przez 5 letnich miesięcy. — Sekcya walki z gruźlicą istnieje od 1. V. 1918; do 1. II. 1920 zbadano w tej sekcyi 10489 osób, pracownia zaś wykonała 4200 bezpłatnych badań.

Po wszystkich 5 referatach (przeznaczonych do druku) wywiązuje się obszerna dyskusya, w której zabierają głos: 1) kol. Kwaśnicki zwraca uwagę, że gruźlica płucna, to przeważnie choroba lepiej sytuowanych, natomiast kostna, to morbus pauperum i tej nie powinno się zaniedbywać, bo ona bywa rozsadnikiem bakteryi nieraz znaczniejszym, niż plwocina. Dotychczasowa metoda leczenia gruźlicy kostnej nie wiedzie do celu, bo chory po ewentualnym zabiegu operacyjnym zostaje wypuszczony do domu, gdzie brak mu należytej opieki lekarskiej. Chorzy tacy powinni być leczeni w sanatoryach, na ten cel specyalnie w miejscach klimatycznych wybudowanych, lecz nie przez cztery tygodnie, bo tak krótki okres niema znaczenia dla przebiegu choroby. Przyszłość walki powinna polegać na usuwaniu dzieci gruźliczych z miast na czas nauki do miejsc, gdzie mogłyby się dłuższy czas leczyć. Zakładanie kolonii wielką oddałoby pomoc w tej walce. — 2) Kol. prof. Latkowski żali się na fatalne stosunki, panujące w szpitalach, gdzie chorzy na gruźlicę leżą razem z innymi chorymi. Odosobnienie musi być szybko przeprowadzone i w tym celu budowa oddzielnych szpitali dla gruźliczych jest konieczna. Należy zachęcać społeczeństwo do datków na cele walki z gruźlicą i przedstawiać niebezpieczeństwo leżące w rozpowszechnieniu tej choroby. Klimatyczne leczenie trzeba przedewszystkiem mieć na oku, lecz nasze stacye przeciwgruźlicze nie mogą spełnić swego zadania, bo otwarte są tylko przez kilka miesięcy w roku (Rabka). Jedyna nadzieja leży w Zakopanem, należy więc dążyć do jego sanacyi i oddzielenia ruchu turystycznego od leczniczego. — 3) Kol. Dr Sterling radzi zająć się gorliwie poprawieniem stosunków zdrowotnych Zakopanego, bo to jedyne miejsce w Polsce, gdzie można nieść pomoc chorym na gruźlicę. Gdyby fatalne stosunki obecne nie polepszyły się, to lekarze będą musieli wstrzymać się od wysyłania chorych gruźliczych do Zakopanego. — 4) Kol. Dr Kuczewski widzi możność zwycięstwa w uspołecznieniu walki z gruźlicą; ogólne ubezpieczenie da potrzebne na tę walkę fundusze, należy więc do niego dążyć wszystkiemi siłami. — 5) Kol. prof. Korczyński uważa, że rząd powinien dać plan walki, lekarze powinni dać uświadomienie szerokim warstwom społeczeństwa.

VI. Posiedzenie naukowe z dnia 12. II. 1920 roku.

(Ciąg dalszy rozpraw nad gruźlicą).

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 76 członków.

I. Dalszy ciąg dyskusyi w sprawie gruźlicy: 1) Kol. Bujwid wykazuje, że złe warunki mieszkaniowe są jedną z najważniejszych przeszkód w walce z gruźlicą; dopóki te się nie poprawią, trudno będzie walkę z tą chorobą sprowadzić na należyte tory. Jednym z ważnych czynników jest uświadomienie szerokich kół ludności. Ubezpieczenie społeczne dałoby możność rozwiązania tej piekącej sprawy. Gdy pieniądze się znajdą, należałoby pomyśleć o budowie »miast ogrodów« i zakładaniu kolonii dla dzieci. — 2) Kol. Rychliński: Walka z gruźlicą w społeczeństwie naszem nie znajduje tego zrozumienia, co zagranicą. Przyczyna tego w niedostatecznem uświadomieniu ludności. Nim walka z gruźlicą wejdzie na nowoczesne tory, należy dążyć do oddzielenia gruźliczych chorych po szpitalach. — 3) Kol. Walter żali się na brak zainteresowania się gruźlicą skóry, która ma się przyczyniać w znacznej mierze do rozszerzenia choroby. Prosi o wyszukiwanie wczesnych przypadków i zwracanie do odpowiedniego leczenia, gdyż tylko te mogą dać jakiś wynik leczniczy. Kol. Walter wnosi, by Towarzystwo lek. krak. uchwaliło konieczność urządzenia instytutu Finsena, z wszelkiemi wyposażeniami do leczenia światłem, w Krakowie i Lwowie, gdyż zakład w Warszawie jest niewystarczający. — 4) Kol. Dr Sterling popiera postulat kol. Waltera i uważa, że sprawa ta musi być wciągnięta w ogólną walkę z gruźlicą, zaznacza, że zaniedbana obecnie Szczawnica nadawałaby się do tego celu i wnosi, aby zwrócić się do rządu o zakładanie cały rok otwartych kolonii sanatoryów, zwłaszcza dla dzieci w miejscach kąpielowych. — 6) Kol. Dr Landau J. sądzi, że Towarzystwo lek., obok tej dużej akcyi w walce z gruźlicą zajmie się planem zorganizowania kolonii dla dzieci, których obecny kierunek niezupełnie odpowiada celowi.— 7) Kol. Dr Momidłowski podnosi, że walka z gruźlicą może wydać pomyślne wyniki tylko przy równoczesnem podniesieniu kultury hygienicznej w kraju, a w szczególności w miastach i że lekarze, jako jej krzewiciele, powinni być z zasadami hygieny szczegółowej i społecznej wszechstronnie obznajomieni. Wnosi więc, by Towarzystwo lek. krak. uchwaliło, że pożądane jest położenie większego nacisku na ważność nauki hygieny szczegółowej i społecznej na Wydziałach lekarskich. — 8) Kol. prof. Rutkowski z przyjemnością stwierdza, że w tej szerokiej dyskusyi zwrócono uwagę na gruźlicę kości i uwzględniono niebezpieczeństwo, jakie grozi z tej strony. Gruźlica chirurgiczna, która szerzy się w zastraszający sposób, nie jest jeszcze traktowana dostatecznie poważnie. Prof. Rutkowski przytacza statystykę ambulatoryum oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza, które przedstawia procentowość gruźlicy chirurg. w stosunku do innych chorób chirurgicznych i zatrważający wzrost gruźlicy kości w ostatnich latach. W roku 1911 na 6000 ambulatoryjnych chorych było 18% gruźlicy, w r. 1914 na 8000 już 20%, a w 1917 na 10.000 aż 26·3%. Leczenie ambulatoryjne tych chorych niema celu i nie przynosi pożytku; jedynie tylko leczenie zakładowe w połączeniu z helioterapią i ewentualnie balneoterapią może dać owoce i zwrócić społeczeństwu setki zdrowych obywateli, którzy obecnie, jako kaleki, są dlań ciężarem. Prof. Rutkowski żąda więc dla chirurgicznej gruźlicy odpowiedniego miejsca w ogólnej terapii w postępowo urządzonych sanatoryach, będących pod kierunkiem wyszkolonego chirurga. — 9) Kol. Dr Kwaśnicki, jako senior lekarzy, dziękuje prelegentom za nader ciekawe i wyczerpujące referaty i prezesowi Towarzystwa za zorganizowanie odczytów.

II. Kol. Dr Sterling wygłasza wykład: **Dwa zagadnienia z zakresu mianownictwa gruźlicy**. (I. Invasio-Infectio-Affectio. II. Phthisis pulmonum-Tuberculosis).

I. Calmette uważa każdego oddziałującego na tuberkulinę za zdolnego — intermittenter — do wydzielania z ustroju zarazków gruźlicy. Jestto błąd, polegający na utożsamianiu infekcyi i afekcyi.

Prelegent ujmuje sprawę gruźlicy z punktu widzenia biologicznego, kładąc nacisk na fakt, że zmiany funkcyi komórki występują wcześniej, aniżeli zmiany w jej budowie. Zrozumienie wszystkich składników choroby uwzględnić musi stosunek podniet (czynników etyologicznych) nietylko do zmian i organizacyi komórki, ale też i do zmian jej czynności. Podnieta, lasecznik Kocha, wywołuje przedewszystkiem, a czasem wyłącznie tylko, zmiany w dezassymilacyi biogenu komórki, która wówczas wydala zmienione swoiście materye płynne, zmieniając skład prawidłowy soków ustroju.

Lasecznik gruźlicy może działać jako podnieta, wywołująca li tylko czynnościowe zmiany w komórkach ustroju zakażonego. Dlatego należy odróżniać: invasio, infectio i affectio. Przykład inwazyi: prątek Kocha w nosie, w szparach międzyzębowych (n. p. z masła), w jelitach (połknięte z plwocinami tak często bezkarnie przebywają laseczniki).

Infectio sine affectione widzimy w t. zw. latentia lymphoides (Bartel), w tuberculosis nonfollicularis, w bacillo-tuberculosis Francuzów. Są wtedy laseczniki Kocha nieczynne z punktu widzenia histologicznego, ale czynne z punktu widzenia biologii, ponieważ wywołują zmiany w czynności komórek, a ich wyrazem są swoiste odczyny biologiczne. Odczyn biologiczny nie przesądza obecności afekcyi gruźliczej.

Stale przytaczana zgodność częstości odczynów tuberkulinowych i częstości zmian gruźliczych, stwierdzanych przez badania pośmiertne, uległa rewizyi. Odczyny dodatnie tuberkulinowe nie wszędzie (w różnych miastach i u różnych grup społecznych) są tak częste, jak powszechnie się przyjmuje.

Częstość zmian gruźliczych, podana przez Naegeliego, nie została potwierdzona przez szereg badań różnych poważnych uczonych (Orth, Lubarsch, Beitzke, Risel). Prelegent przytacza szereg spraw chorobowych, budzących wątpliwości co do swego pochodzenia gruźliczego, a uważanych przez Naegeliego i jego zwolenników za bezsprzecznie gruźlicze, kładąc nacisk na to, że sam Naegeli o wiele więcej czyni zastrzeżeń, aniżeli ci, którzy bezkrytycznie powołują się na jego 97% zmian gruźliczych, znajdowanych w zwłokach ludzkich. Pohopność, z jaką przytaczane są jedynie maksymalne cyfry, ma swe źródło w potrzebie przekonywania społeczeństwa, sejmów, rządów, o grozie gruźlicy; ale nauka powinna liczyć się jedynie z faktami bez tendencyi, choćby najszlachetniejszych. Wraz z obaleniem zasady, jakoby prawie wszyscy ludzie po osiemnastym roku życia mieli zmiany gruźlicze (histologiczne), odpada trudność uznawania faktu istnienia infekcyi bez afekcyi. Nie każdy, dający odczyn tuberkulinowy, ma jakieś zmiany gruźlicze w swem ciele.

II. Gruźlicą należy nazywać zmiany tkankowe, mające znane cechy anatomo-patologiczne; suchotami płuc — chorobę w jej całokształcie klinicznym. »Gruźlica« może znaczyć albo twór histologicznie określony, albo wytwór prątka Kocha. »Gruźliczem« należy nazywać wszystko, co zależy od prątka Kocha, ale tylko w zakresie morfologii i histologii. Dla nozologii służyć powinien (o ile chodzi o płuca) wyraz suchoty płuc. Jeźli wyrazu gruźlica zechcemy użyć w nozologii, to wolno mówić o gruźlicy płuc w przypadkach gruźlicy prosówkowej (tuberculosis miliaris i pneumonia miliaris). Suchoty płucne (phthisis pulmonum) mogą być ewentualnie uważane za jedną ze szczególnych postaci gruźlicy płuc (tuberculosis pulmonum), ale nie są — jej synonimem. Suchoty płuc pospolite zależą od wielu czynników bardzo ważkich, na przebieg kliniczny tak przemożnie wpływających, że termin etyologiczny, czy swoiście anatomo-patologiczny nie pokrywa tu terminu nozologicznego.

Istnieją dwa pojęcia różne, dlatego używać należy dwu różnych terminów.

Należałoby, zdaniem prelegenta, tak rozpoznanie określić n. p.: »Phthisis pulmonum incipiens manifesta. Tuberculosis apicis«. Albo »Phthisis pulmonum incipiens. Tuberculosis pulmonum occulta« (w przypadkach, gdzie objawy ogólne przemawiają za rozpoznaniem suchot, a jednak ognisk anatomicznych badanie jeszcze nie wykrywa).

Sprawy zawodowe.

Z Izby lekarskiej w Krakowie. Izba lekarska zachodniogalicyjska wzywa lekarzy, w okręgu tutejszej Izby lekarskiej praktykujących, do natychmiastowego przesłania Okręgowemu Urzędowi zdrowia we Lwowie kart regestracyjnych, o ile dotąd tego nie uczynili.

Dla uczczenia pamięci zmarłych na tyfus plamisty Dr Władysława Filipkiewicza i ks. kapelana Wilhelma Kroczka złożył korpus oficerski szpitala epidemicznego i wojskowego laboratoryum bakteryologicznego w Krakowie kwotę 1191 Mkp. do rąk Izby lekarskiej na cele zapomóg dla wdów i sierot po lekarzach, za co Izba lekarska składa ofiarodawcom serdeczne podziękowanie.

Związek lekarzy Państwa polskiego ogłosił odezwę do ogółu lekarzy, której główne ustępy opiewają:

»Świat lekarski posiadał dotąd liczne zrzeszenia, tworzył je jednak raczej w myśl ideałów nauki, współżycia koleżeńskiego i obrony dóbr moralnych, niż w duchu ochrony interesów materyalnych. Nowe zarządzenia, zmierzające na szerszą skalę na drodze ubezpieczeń społecznych do pewnej formy upaństwowienia pomocy lekarskiej, stały się bodźcem dla świata lekarskiego do większej troski o swój byt. Dążenia lekarzy poszły w dwóch kierunkach: 1) do uzyskania Izb lekarskich, które są niejako samorządem zawodowym; 2) do zorganizowania kadrów lekarskich w celu ochrony interesów zawodowych i materyalnych w postaci związku wszechpolskiego«.

»Związek lekarzy Państwa polskiego już powstał; nie wszystkie jednak dzielnice i nie wszyscy lekarze dotąd przystąpili do niego. Jeżeli działalność Związku ma być owocna, musi ogarniać ogół lekarzy bez względu na to, czy dana jednostka może być bezpośrednio zainteresowana czy nie. Mając na względzie wspólne dobro, każdy lekarz bez względu na swe stanowisko społeczne, czy naukowe, ma obowiązek moralny należenia i popierania Związku. Związek jest apolityczny, bez różnicy wyznania i narodowości skupia wszystkich lekarzy Państwa polskiego pod swoim sztandarem, na którym jest wypisane: dobro nauki lekarskiej, dobro społeczeństwa, dobro lekarzy. Siłą Związku będzie solidarność zrzeszonych, a bronią jego porozumienie prowadzone tak, aby społeczeństwo, chory i lekarz nie byli pokrzywdzeni. Tym zasadom hołdując, pierwszy Wydział wykonawczy Głównego Zarządu przystępuje do swego zadania i wzywa wszystkich lekarzy Państwa polskiego do udziału i współpracy«.

Skład Głównego Zarządu Związku, wybranego w d. 14. III. 1920 w Warszawie na Zjeździe delegatów z całego kraju, podaliśmy w Nr. 2 »Przeglądu lekarskiego«. (Do tego Zarządu nie wybrano nikogo z Krakowa, ani wogóle z Zachodniej Małopolski). Wydział wykonawczy Głównego Zarządu ukonstytuował się w sposób następujący: Prezes kol. Jan Bączkiewicz, wiceprezes kol. Kazimierz Orzeł, skarbnik kol. Stanisław Mutermilch, sekretarz kol. Eugeniusz Osiński, członek Wydziału kol. W. Kamocki. Adres Związku lekarzy Państwa polskiego: Warszawa, ul. Widok, Nr 23. (w lokalu Stowarzyszenia lekarzy).

Powoływanie lekarzy do świadczeń wojennych, a mianowicie do walki z durem plamistym na kresach, już się rozpoczęło. Donosząc o tem, zaznacza »Gazeta lekarska« (Nr 16), że »od władz państwowych oczekują lekarze w związku z tem pełnego poczucia odpowiedzialności i rozwagi w zarządzeniach wykonawczych, przedewszystkiem oględnego szafowania materyałem ludzkim«. Konieczne więc jest zużytkowanie »przedewszystkiem lekarzy młodszych, jako więcej odpornych na zakażenie durowe« i »oszczędzanie kobiet, mianowicie lekarek-matek«. »Oczekiwać należy od Państwa, że nie będzie mnożyło ofiar daremnych i nie wyśle na posterunek niebezpieczny ludzi bez zapewnienia im środków do walki«, oraz że zabezpieczy byt lekarzy w czasie służby epidemicznej, a byt ich rodzin w wypadkach śmierci.

Wiadomości bieżące.

Dwudziestopięciolecie Wydziału lekarskiego lwowskiego. Wydział lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie postanowił upamiętnić rozpoczęcie drugiego 25-lecia swego istnienia przez urządzenie obchodu w czasie Zielonych Świąt. Obchód składać się będzie z akademii w nowym gmachu Uniwersytetu (dawniej Sejmowym), z odsłonięcia popiersia ś. p. prof. Kadyiego, ze zjazdu, poświęconego organizacyi nauki lekarskiej w Polsce i wydania pamiętnika jubileuszowego.

Z Towarzystw lekarskich polskich. Prezesem Polskiego Towarzystwa pedyatrycznego w Warszawie wybrany został Dr Wł. Szenajch, wiceprezesem J. Kramsztyk, sekretarzem M. Erlichówna. — W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem powstała sekcya patologii ogólnej pod przewodnictwem prof. Dr Hornowskiego.

Zjazdy naukowe. Zjazd chirurgów polskich, po 9-letniej przerwie, zwołuje gen.-lek. prof. Rydygier, dożywotni prezes tych

zjazdów, do Warszawy na październik r. b. — Zjazd przeciwgruźliczy niemiecko-austryacki odbył się w Wiedniu (IX. Frankgasse 8) 26. IV. b. r. — Zjazd lekarzy sanitarno-obyczajowych odbył się w Ministerstwie zdrowia 28. III. b. r., celem zapoznania się lekarzy z zasadami akcyi Ministerstwa w dziedzinie chorób wenerycznych i uzgodnienia działalności Urzędów sanitarno-obyczajowych.

Nowe czasopisma. W Poznaniu wyszedł zeszyt 1—2 miesięcznika p. n. »Wychowanie fizyczne« pod naczelną redakcyą prof. Dr E. Piaseckiego. Oprócz 4 artykułów oryginalnych (podajemy ich tytuły na innem miejscu) zawiera zeszyt ten nader bogaty dział sprawozdawczy, ustawy i przepisy, poszukiwania, notatki bibliograficzne i kronikę. — »Walka z alkoholizmem«, czasopismo redagowane przez J. Szymańskiego, zostało wznowione. Pierwszy zeszyt zawiera m. i. artykuły Dr J. Bielińskiego i Dr Wł. Sterlinga.

Międzynarodowa konferencya sanitarna w Londynie z udziałem ministra Dr Chodźki zajmowała się głównie durem plamistym, a uznawszy plan jego zwalczania w Polsce za odpowiedni, postanowiła oddać sprawę komisyi wykonawczej, która przez swoich osobnych komisarzy ma przyjść Polsce z pomocą.

Wiadomości osobowe. Prof. Dr Maksymilian Rutkowski został mianowany zwyczajnym profesorem chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim. — Nominacya profesora laryngologii i rynologii w Krakowie, Dr Baurowicza, została rozszerzona na otologię. — Prof. Dr Witold Orłowski znajduje się w drodze z Syberyi do Krakowa, gdzie obejmie klinikę chorób wewnętrznych.— Prof. Dr Alfred Sokołowski rozpoczął w bieżącem półroczu w Uniwersytecie warszawskim (po raz pierwszy w Polsce) kliniczne wykłady ftyzyologii. — Generał I. Prof. Dr L. Rydygier przeniósł się ze Lwowa do Tczewa-Gdańsk, gdzie postanowił złożyć »Instytut chirurgii polskiej«. S. S. Miłosierdzia oddały mu na ten cel swój Zakład, w którym po urządzeniu go według najnowszych wymagań chirurgii wykonywać będzie większe operacye na ubogich chorych z Pomorza bezpłatnie i urządzi także oddział naukowo-doświadczalny. Młodsi koledzy mogą w ograniczonej liczbie zgłaszać się na dalsze kształcenie w chirurgii. Raz do roku będzie się mógł odbywać na życzenie conajmniej 5 kolegów kurs 4-tygodniowy w dogodnym czasie.

Spis chorych na porażenie postępujące i wiąd rdzenia w czasie od 1. IV. do 1. VII. b. r. zarządziło Ministerstwo zdrowia, a wobec doniosłości sprawy odwołuje się do ogółu lekarzy o poparcie tej ankiety.

Kurs dla opiekunek w poradniach przeciwgruźliczych urządza Towarzystwo walki z gruźlicą we Lwowie. Początek 4. V. b. r. Zgłoszenia przyjmuje prof. Dr Wiczkowski, Lwów, ul. Kościuszki 4.

Obowiązek donoszenia o zachorowaniach rozszerzyło Ministerstwo zdrowia na t. zw. śpiączkę epidemiczną (encephalitis lethargica).

Choroby zakaźne. Kraków od 21. III. do 10. IV. dur plamisty 214 † (zmarło) 38, brzuszny 4 † 1, powrotny 5, ospa 1, płonica 13, błonica 4. — Łódź od 4. IV. do 1. V. dur plamisty 115, † (zmarło) 11, brzuszny 25 † 1, powrotny 9 † 1, płonica 20 † 5, błonica 4 † 3, zapalenie opon 10 † 5, gruźlica † 158.

Zmarli: z duru plamistego Dr Zygmunt Stanowski i Dr Tadeusz Płochocki w Nowym Sączu; Dr H. Ruppert, lekarz naczelny szpitala św. Stanisława w Warszawie w 62 r. ż.

Od Administracyi. Wyłączne zastępstwo naszego pisma na Stany Zjednoczone i Kanadę udzielono firmie: Polish News Agency, 26 Newark Ave., Jersey City, N. 9.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich:

Gazeta lekarska 1919 Nr 41—52: Batawia: O wskazaniach do podwiązania żyły szyjnej wewnętrznej w zakrzepowem zapaleniu poprzecznej zatoki mózgowej. — Rozenfeld (dok.). — Kowalewski: W sprawie leczenia operacyjnego niepowikłanego wypadnięcia odbytnicy u kobiet. — Simon: Uwagi krytycznie z powodu prac o zapaleniu nerek. — Moniuszko: Jeszcze kilka słów o moim sposobie głębokiej narkozy zapomocą enemy eterowej.— Sabat: O naświetlaniach rentgenowskich sekundowych względnie chwilowych. — Gluziński: Wykład wstępny przy objęciu katedry w Uniw. warsz. — Tykociner: W sprawie odczynu moczu z błękitem metylenowym. — Szczawińska: W sprawie aerobizacyi bakteryi beztlenowych. — Pawiński: Ś. p. Dr L. Rzeczniowski.— Serkowski: Rola peptotoksyn i bakteryi proteolitycznych w zakażeniach i zatruciach pokarmowych. — Sokołowski: S. p. J. Winiarski. — Bujwid: Szczepienia ochronne przeciw czerwonce.

1920: Nr 1—16. Rzętkowski: Człowiek zdrowy jako przedmiot badania klinicznego. — Puławski: Przyczynek do t. zw. śmierci grasiczej. — Ciechomski: Ś. p. Gabszewicz. — Jakowicki: Okresowe krwawienie z sutka, jako wczesny objaw nowotworu złośliwego. — Karbowski: O zaburzeniach w czynnościach narządów ucha wewnętrznego w następstwie urazu dźwiękowego. — Demianowski: Rzadki przypadek omamów zmysłowych u neurastenika. — Szayerowicz: O stosowaniu środków, łagodzących bole porodowe. — Sieramski: O leczeniu świeżych ran postrzałowych stawów. — Siwiński: Przyczynek do zaburzeń psychicznych po zatruciu tlenkiem węgla. — Bruner E: Trzy przypadki choroby Dariera. — Mutermilch Stanisław: Przetaczanie krwi w świetle badań współczesnych. — Truszkowski: Przypadek choroby Möller-Barlowa. — Rzętkowski: W sprawie t. zw. grypy hiszpańskiej. — Hornowski: O zmianach anatomopatologicznych w obecnej epidemii t. zw. hiszpanki. — Wachtel: Z rentgenologii grypy. — Filiński: Influenca a suchoty. — Korybut-Daszkiewicz: Ś p. Ludwik Anders. — Borowiecki: Kilka zagadnień z zakresu postrzałowych uszkodzeń nn. obwodowych.— Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze człowieka, wywołanych przez działanie na nią ichtyolu. — Landstein: Endocarditis lenta. — Mutermilch: Etyologia i patogeneza długotrwałego posoczniczego zapalenia wsierdzia.— Janowski: Czy i w jakich warunkach tony serca mogą być istotnie nieczyste? — Mutermilch: Modyfikacya odczynu Bordet-Gengou-Wassermanna. — Erlichówna: O chorobie Werlhofa. — Paszkiewicz: Przerzut raka sutka do podstawy czaszki. — Goldflam: Z semiotyki odruchów brzusznych.

Lwowski Tygodnik lekarski Nr 1—4: Gröer: O leczeniu dyetetycznem w chorobach zakaźnych. — Teliga: Eterowooliwne uśpienie przez odbytnicę. — Warchoł: W sprawie podprzeponowego bąblowca wątroby. — Leszczyński: Zasady nowoczesnego leczenia kiły. — Schusterówna: Przypadek ostrej nosacizny u człowieka. — Woyciechowska: Drugi przypadek włośnicy (trichinosis) stwierdzony w Małopolsce. — Lenartowicz: Krytyka odczynu Wassermanna w świetle najnowszych badań. — Demianowski: Psychologia stanów objętych przez ustawy karne nazwą utraty świadomości. — Bednarski: Duży odłamek drzewa, 17 lat tkwiący w oczodole. — Bocheński: Niezwykłe zejście po

pęknięciu macicy ciężarnej. — Rothfeld: Przyczynek do kazuistyki guzów w tylnej jamie czaszkowej. — Kuhn: Stan walki z epidemiami na obszarze byłej Galicyi.

Lekarz wojskowy Nr 1—14: Gluziński: O stosunku zmian w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu do schorzeń układu mięśniowego. — Br. Sawicki: Dwa rzadkie przypadki złośliwych guzów tarczycy. — A. Sokołowski: Stanowisko lekarza wojskowego przy rozpoznawaniu gruźlicy płucnej u rekrutów. — Radliński: Przyczynek do chirurgii jamy czaszkowej. — E. Zieliński: Zmiany w narządach wewnętrznych po upadnięciu z dużych wysokości. — Noyszewski: O badaniu ostrości wzroku. — Waserman: W sprawie doszczętnego leczenia przewlekłego ropienia jamy Highmora. — Bałłaban: Ocena jaglicy, jej leczenie ze stanowiska wojskowo-lekarskiego. — Bychowski: Neurologia wojenna.— Bruner: Badania nad antytoksyną błoniczą. — Grzywo-Dąbrowski: Ogniskowe zapalenie gruźlicze opon miękkich na powierzchni półkul mózgowych. — Węckowski: Obecny stan leczenia nowotworów złośliwych zapomocą naświetlanią radem. — Orłowski St.: Przyczynek do nauki o umiejscowieniu afazyi. — Owczarewicz: O działaniu środków odkażających na wesz odzieżową.— Ajzner: O leczeniu świeżych przenikających postrzałowych ran brzucha. — Różycki: Nowe metody barwienia zwłok. — Nowicki: Zmiany anatomiczne u zmarłych w krótki czas po zatruciu gazami z pocisków. — Biehler: Sprawozdanie z czołówki chirurgicznej im. H. Paderewskiej. — Hertz: O grypie. — Białokur: Naprawa strzykawek. — Korczyński: Mechanizm i znaczenie objawowe odruchów trzewnych w przebiegu niektórych chorób narządu krążenia i narządu oddechowego. — Składkowski: Benjaminowskie Towarzystwo lekarskie. — Białokur: Z dziedziny patologii wyrostka robaczkowego. — Świątecki: Appendicitis w szpitalu Ujazdowskim w 1906—1913 r. — Węgłowski: O leczeniu złamań kości udowej. — Radecki: Psychologia a wojsko.— Lewenstein: W sprawie leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego.

Wychowanie fizyczne Z. 1.—2.: Osmólski: Wychowanie fizyczne w szkole powszechnej. — Drabczyk: Wskaźnik Pirqueta. — Sikorski: Fizyczne wychowanie jako podstawa wyszkolenia żołnierza.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rada szkolna krajowa.
L. 6575/IV. Lwów, dnia 4. kwietnia 1920.

Kurs dla kandydatów na lekarzy szkolnych.

W celu przygotowania zespołu lekarzy szkolnych dla szkół ludowych, seminaryów nauczycielskich i szkół średnich, urządza Wydział lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, za inicyatywą Rady szkolnej krajowej, dwumiesięczny kurs dla kandydatów i kandydatek na te stanowiska.

Kurs odbędzie się pod kierownictwem prof. Dr I. Groeera w czasie od 4. maja do 3. lipca b. r., z następującym programem:

Wykłady i zajęcia przedpołudniowe.
(4 godziny dziennie).

1. Propedeutyka pedyatryi ze szczególnem uwzględnieniem współczesnych sposobów badania i leczenia, walki z krzywicą i zakaźnemi chorobami ostremi. Prof. Dr I. Groeer. 52 godzin.
2. Ambulatoryum pedyatryczne. Dr S. Progulski. 16 godzin.
3. Choroby ucha, nosa i gardła. Prof. Dr T. Zalewski. 18 godzin.
4. Dentystyka szkolna Prof. Dr A. Cieszyński 19 godzin.
5. Ortopedya. Prof. Dr H. Schramm. 19 godzin.
6. Okulistyka. Prof. A. Bednarski. 19 godzin.
7. Choroby skórne i weneryczne. Prof. Dr W. Łukasiewicz. 19 godzin.
8. Neurologia i psychiatrya dziecka w wieku szkolnym. Dr A. Demianowski. 15 godzin.
9. Dziecko upośledzone i zaniedbane. Dyagnostyka stanu inteligencyi. Osobliwości okresu dojrzewania. Dr A. Demianowski. 9 godzin.
10. Choroby i hygiena zawodu nauczycielskiego. Prof. Dr R. Rencki. 5 godzin.
11. Walka z gruźlicą. Prof. Dr I. Groeer. 5 godzin.

Wykłady popołudniowe. 248
(3 godziny dziennie).

12. Fizyologia dziecka i młodzieży, ze szczególnem uwzględnieniem wzrostu, rozwoju, ruchu i wyczerpania. Prof. Dr A. Beck. 12 godzin.
13. Wychowanie fizyczne z demonstracyami. Dr W. Hojnacki. 15 godzin.
14. Opieka społeczna. Prof. Dr I. Groeer. 13 godzin.
15. Hygiena ogólna i szkolna. Dr Z. Steusing. 20 godzin.
16. Wychowanie dziewcząt. Dr H. Popielska. 8 godzin.
17. Statystyka. Prof. Dr I. Groeer. 5 godzin.
18. Organizacya pracy lekarza szkolnego. Prof. Dr I. Groeer. 3 godziny.
19. Skautostwo i jego organizacya. Dr K. Wyrzykowski. 3 godziny.
20. Odżywianie. Prof. Dr I. Groeer i Dr S. Progulski. 12 godzin.
21. Zarys pedagogiki praktycznej i doświadczalnej. Dr L. Bykowski. 12 godzin.
22. Zarys psychologii. Dr K. Sośnicki. 12 godzin.
23. Repetytoryum pomocy doraźnej. Doc. Dr T. Ostrowski. 4 godziny.
24. Alkoholizm, używanie tytoniu i inne zatrucia. Prof. Dr L. Popielski. 4 godziny.
25. Osiem wycieczek do szkół, zakładów opiekuńczych itp.

Od lekarzy(rek), którzy(re) zechcą wziąść udział w kursie wymaga się:

1) obywatelstwa polskiego, 2) doktoratu wszech nauk lekarskich, uprawniającego do praktyki lekarskiej, 3) przynajmniej dwuletniej praktyki zawodowej po ukończeniu studyów, 4) świadectwa zdrowia, wystawionego przez lekarza urzędowego, 5) nieprzekroczonego 35-go roku życia.

Celem ułatwienia lekarzom(kom) udziału w kursie Rada szkolna krajowa udzieli przyjętym na kurs dyet dziennych (60 Mkp.) i pokryje im koszta podróży.

Podania o przyjęcie na kurs należy wnosić, z szczegółowem curriculum vitae, do dnia 24. kwietnia b. r. do Rady szkolnej krajowej (departament IV) we Lwowie, ul. Karmelicka 4.

Ogłoszenie konkursu.

Wojewódzki Urząd Zdrowia w Łodzi rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza sądowego Okręgu Łódzkiego. Do posady tej przywiązane są pobory służbowe według VI kategoryi płac tymczasowych przepisów służbowych dla urzędników państwowych ze wszystkimi dodatkami drożyźnianymi, których wysokość zależną jest od stanu rodzinnego.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać się:

1) nieprzekroczonym 40 rokiem życia,
2) obywatelstwem polskiem,
3) prawem praktyki lekarskiej w Państwie polskiem,
4) praktyką w zakresie medycyny sądowej.

Należycie udokumentowane podanie należy wnosić w terminie do dnia 15. maja 1920 r. do Wojewódzkiego Urzędu Zdrowią w Łodzi ul. Rokicińska Nr 53. 247

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.